



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

Actualización Epidemiológica Enfermedad por Coronavirus (COVID-19)

22 de mayo de 2020

Contexto

El 31 de diciembre de 2019, el municipio de Wuhan en la provincia de Hubei, República Popular de China, informó un grupo de casos de neumonía con etiología desconocida. El 9 de enero de 2020, el Centro Chino para el Control y la Prevención de Enfermedades (China CDC) informó sobre un nuevo coronavirus como agente causante de este brote. El 30 de enero de 2020, el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) siguiendo el consejo del Comité de Emergencia del Reglamento Internacional de Salud (2005). El 11 de febrero, la OMS nombró a la enfermedad COVID-19, abreviatura de "enfermedad por coronavirus 2019". El mismo día, el Comité Internacional de Taxonomía de Virus (ICTV, por sus siglas en inglés) anunció "coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2)" como el nombre del nuevo virus que causa COVID-19. El 11 de marzo de 2020, COVID-19 fue declarado una pandemia por el Director General de la OMS. El 30 de abril de 2020, el Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) volvió a reunirse y reafirmó la declaración del 30 de enero de 2020. El Director General sostuvo que COVID-19 sigue constituyendo un ESPII. El consejo del Comité fue aceptado y emitido a los Estados Parte como Recomendaciones Temporales bajo el Reglamento Sanitario Internacional.¹

Resumen de la situación global

Hasta el 22 de mayo de 2020, se han notificado 4.962.707 casos confirmados y 326.459 muertes confirmadas de COVID-19 en todo el mundo entre 215 países, territorios o áreas. Los países con más de 200,000 casos confirmados son los Estados Unidos de América (1.525.186), Rusia (317.554), Brasil (291.579), el Reino Unido (248.297), España (232.555) e Italia (227.364)². Casos confirmados reportados para China han seguido disminuyendo desde mediados de febrero, ahora totalizando 84.520 casos confirmados, y China ya no se encuentra entre los 10 países con el mayor número de casos confirmados. Los aumentos sustanciales en el número de nuevos casos de COVID-19 continúan en muchas regiones, particularmente en la Región de las Américas y Europa.

Los países con más de 10.000 muertes confirmadas son los Estados Unidos de América (91.527 muertes), el Reino Unido (35.704 muertes), Italia (32.330 muertes), Francia (28.081 muertes),

¹ Declaración sobre la tercera reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre el brote de la enfermedad por coronavirus (COVID-19): [https://www.who.int/es/news-room/detail/01-05-2020-statement-on-the-third-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/es/news-room/detail/01-05-2020-statement-on-the-third-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-coronavirus-disease-(covid-19))

² WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard: <https://covid19.who.int/>

España (27.888 muertes) y Brasil (18.859 muertes). Entre estos países, desde el 19 de abril de 2020 (fecha de la última Actualización Epidemiológica para la enfermedad por Coronavirus), el número de muertos en Brasil se ha incrementado casi 9 veces (desde 2141 muertes), el de Estados Unidos casi se ha triplicado (32.427 muertes) y el del Reino Unido (15.464 muertes) se ha más que duplicado. Estos tres países contribuyen con el 45% del número total de muertes reportadas a nivel mundial.

La evaluación de riesgo de la OMS para COVID-19 a nivel mundial se considera **Muy Alta**, principalmente porque existe una propagación internacional de casos a 215 países / territorios / estados; la transmisión comunitaria está en curso en al menos 40 países / estados / territorios; por la transmisión de individuos infectados que son sintomáticos o antes de mostrar signos y síntomas; porque existe una incertidumbre acerca de la inmunidad duradera después de la infección; porque existe una capacidad de pruebas limitadas en algunos países / estados / territorios; hay escasez de suministros médicos debido a una mayor demanda, limitación en el flujo de suministros, restricciones a la exportación y limitaciones de transporte; ausencia de tratamientos terapéuticos específicos; mayor mortalidad entre algunos grupos de alto riesgo; porque es poco probable que las estrictas medidas de control a nivel de población sean sostenibles a largo plazo; por la incertidumbre sobre el resurgimiento de brotes luego de la relajación de las estrictas medidas de control; el impacto debido a la interrupción de los servicios de salud de rutina, entre ellos la vacunación de rutina y otros programas de control de enfermedades como el sarampión, la poliomielitis, la tuberculosis y la malaria, etc.

Resumen de la situación en la Región de las Américas

En total, 54 países / territorios de la Región de las Américas informaron casos y muertes de COVID-10. Al 21 de mayo de 2020, hay 2.220.282 casos y 131.606 muertes reportadas.

América del norte

Los tres países han informado aumentos en los casos y muertes confirmados de COVID-19 desde la última actualización epidemiológica. Los casos confirmados reportados en general han aumentado a 1.662.335 casos de 765.011 casos, y las muertes han aumentado a 103.679 muertes de 36.359 muertes. Debido al número particularmente alto de casos en los Estados Unidos de América, la subregión de América del Norte contribuye con el 75% de todos los casos (en comparación con el 89% el 19 de abril) y el 79% de todas las muertes (en comparación con el 89% el 19 de abril) en La Región de las Américas. La disminución en la proporción puede atribuirse al aumento creciente de casos en Brasil, Chile, Perú y México. La tasa bruta de letalidad (número de muertes reportadas dividida por el número de casos reportados) en América del Norte es del 6,24%, la más alta entre las subregiones de la Región de las Américas.

La figura 1 presenta la tendencia de incidencia de 7 días al 22 de mayo. No hubo cambios sustanciales en la incidencia de casos de 7 días para EE. UU. y Canadá, pero continúa aumentando para México y actualmente está en su punto más alto desde el inicio del brote (13 casos por cada 100,000 habitantes). La semana pasada (del 11 al 15 de mayo de 2020) fueron 10 casos por cada 100,000 habitantes.

Los Estados Unidos de América (distribuidos en los 50 estados) representan la mayoría de los casos y muertes de la región; 92% de los casos y 88% de las muertes. La Figura 1 muestra el número de casos nuevos de COVID-19 en los Estados Unidos de América por fecha. Veintinueve estados actualmente reportan más de 10,000 casos confirmados de COVID-19. El setenta y cuatro por ciento de los casos se encuentran entre personas de entre 18 y 64 años, sin embargo, la tasa de hospitalización (tasa acumulada, 60,5 por 100.000) sigue siendo la más alta entre las personas de 65 años de edad y mayores (192,4 por 100.000) y 50-64 años. (94,4 por 100.000).³

³ Centros de los Estados Unidos para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). Disponible en: <https://bit.ly/2RJ2fcE>

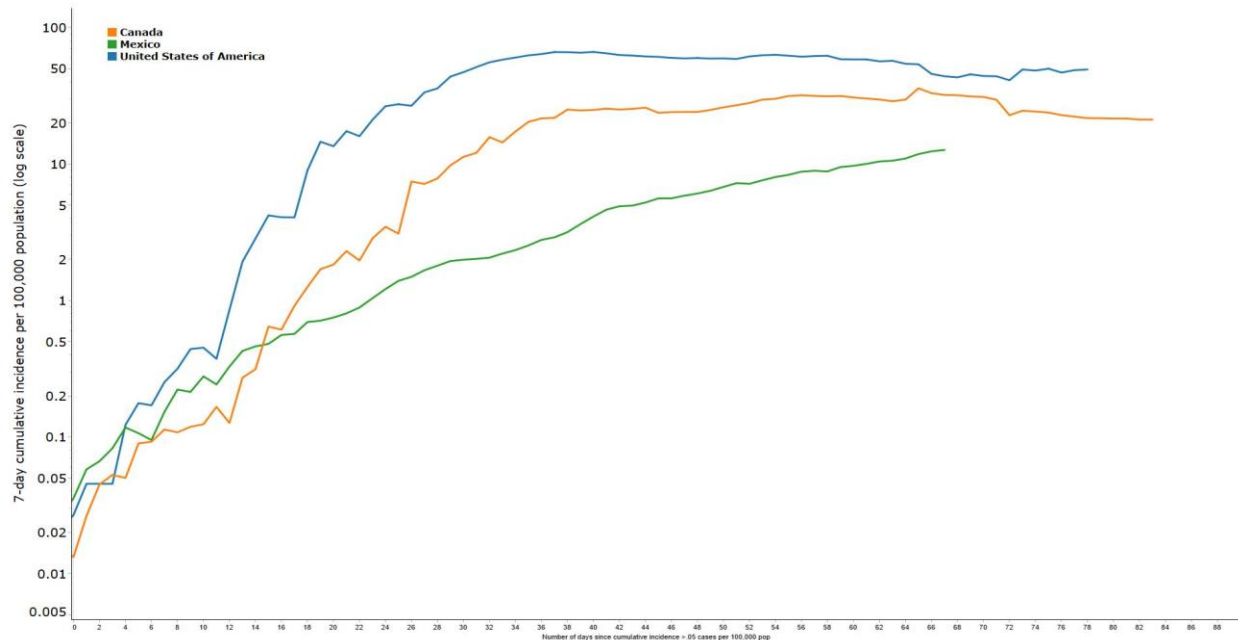


Figura 1. Incidencia de casos en siete días en América del Norte a partir del 21 de mayo.

El total de casos sigue siendo más alto en los estados de Nueva York y Nueva Jersey, con Illinois, Massachusetts, California, Pensilvania, Michigan y Texas también entre los estados con más de 50.000 casos confirmados. Las muertes también son más altas entre esos estados, todas con más de 3.000 muertes confirmadas (excepto Texas, 1.149 muertes) junto con Connecticut.

En Canadá, se han informado casos confirmados en 12 de las 13 provincias / territorios; Nunavut sigue siendo el único territorio sin casos confirmados. Al 21 de mayo, Canadá tenía 81.313 casos confirmados y 6.152 muertes, en comparación con 33.909 casos confirmados y 1.506 muertes confirmadas al 19 de abril. La provincia de Quebec representa el 56% de los casos y Ontario representa el 30% de los casos, un 86% combinado de todos los casos en el país y un aumento del 3% desde la última actualización epidemiológica (83%).⁴

En México, ha habido un crecimiento sustancial en la incidencia de casos y muertes reportados de COVID-19, un cambio con respecto a la Actualización Epidemiológica anterior. Los casos confirmados de COVID-19 aumentaron 8 veces, de 7.497 a 59.567 casos confirmados, y las muertes aumentaron 10 veces de 650 a 6.510 casos confirmados al 21 de mayo. Los casos más reportados se encuentran en la Ciudad de México, el Estado de México, Baja California y Tabasco.⁵

América central⁶

Hasta el 21 de mayo, un total de 18.176 casos confirmados (aumento de 5.885 casos confirmados al 12 de abril), incluidas 544 muertes (aumento de 187 muertes al 12 de abril), se han reportado entre los 7 países de la subregión centroamericana. Del número total de

⁴ Gobierno de Canadá. Enfermedad por coronavirus (COVID-19): actualización del brote. Disponible en <https://bit.ly/2RHJ56S>

⁵ Gobierno de México. Covid-19 México. Disponible en: <https://bit.ly/2VxLHpg>

⁶ Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá

casos confirmados, Panamá ha reportado consistentemente el mayor número de casos (9.977 casos, incluyendo 287 muertes), seguido de Honduras (3.100 casos, incluyendo 151 muertes), Guatemala (2.265 casos, incluyendo 45 muertes), El Salvador (1.640 casos, incluidas 32 muertes), Costa Rica (897 casos, incluidas 10 muertes) y Nicaragua (279 casos, incluyendo 17 muertes). El 21 de mayo, el aumento relativo de casos fue mayor en Guatemala (6%) y Honduras (5%). La tasa bruta de letalidad en Centroamérica es 2,99%, una ligera disminución en comparación con la Actualización Epidemiológica anterior (3,17%).

La figura 2 presenta una tendencia de incidencia de 7 días para la subregión de América Central. Continúa acelerándose en El Salvador (8 casos por cada 100,000 habitantes) y Guatemala (5 casos por cada 100,000 habitantes), y actualmente se encuentra en los niveles más altos observados desde el inicio de la pandemia en cada país. Honduras se mantuvo igual que la semana pasada con 8 casos por 100,000 habitantes sin cambios significativos. Sin embargo, la incidencia de 7 días en las últimas semanas es elevada y se encuentra entre las más altas desde que comenzó el brote. Entre el 19 y el 20 de mayo, Nicaragua notificó 254 casos nuevos (25 casos al 19 de mayo - 279 casos al 20 de mayo), lo que se refleja en el gráfico como un fuerte aumento en la incidencia de 7 días. Debido a la escasez de datos de Nicaragua, las tendencias han sido difíciles de interpretar, pero con los últimos datos para la incidencia de 7 días, se puede inferir que Nicaragua está experimentando al menos una intensidad de transmisión similar a la de sus países vecinos.

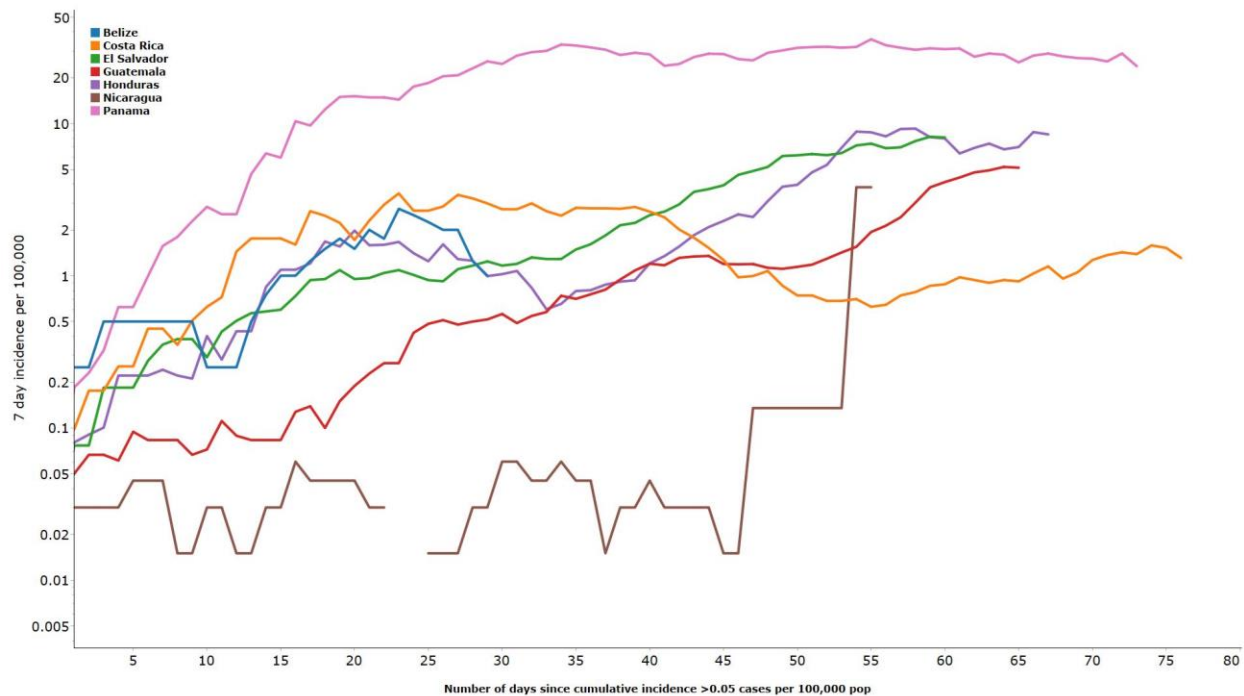


Figura 2. Incidencia de casos de siete días en América Central al 21 de mayo.

Islas del Caribe y del Océano Atlántico ⁷

La mayoría de los 34 países / territorios en esta subregión informaron casos esporádicos o grupos de casos de COVID-19, y solo la República Dominicana y Puerto Rico informaron sobre la transmisión comunitaria en este momento. Hasta el 21 de mayo, un total de 21.406 casos confirmados (aumento de 8.428 casos al 19 de abril), incluidas 794 muertes (aumento de 411 muertes al 19 de abril), han sido reportados desde las islas del Caribe y el Océano Atlántico.

República Dominicana ha reportado 64% (13.657 casos) de casos y 56% (448) de muertes, un aumento de 9% y 1% respectivamente en comparación con la Actualización Epidemiológica anterior. Puerto Rico y Cuba reportaron el segundo y tercer mayor número de casos confirmados y muertes: 2.913 casos confirmados incluyendo 126 muertes en Puerto Rico y 1.908 casos incluyendo 80 muertes en Cuba. La tasa bruta de letalidad en las islas del Caribe y del Océano Atlántico disminuyó de 4,87% a 3,70% desde la última Actualización Epidemiológica, ya no es la más alta entre las subregiones de la Región de las Américas.

Entre los países y territorios en la subregión de las islas del Caribe y el Océano Atlántico con una población > 1 millón de personas, Haití continúa reportando un crecimiento acelerado y la incidencia de casos de 7 días se encuentra actualmente en o cerca de los niveles más altos observados desde el comienzo de la Pandemia con 4 casos por 100,000 habitantes. La aceleración comenzó alrededor del 13 de mayo (1 caso por 100,000 habitantes), como se puede ver en la Figura 3. Si bien no se observa ningún cambio sustancial en la República Dominicana y Puerto Rico (ligeros aumentos y disminuciones), ambas siguen siendo áreas con algunas de los más altas tasas de incidencia de 7 días en la subregión. Ligero aumento en Jamaica que había estado reportando una tendencia a la baja consistentemente. Cuba continúa reportando tendencias decrecientes y Trinidad y Tobago no ha reportado un nuevo caso en 23 días. Otros países de la subregión con un aumento significativo en la incidencia de 7 días en comparación con la semana anterior incluyen la Guayana Francesa, que informó 73 casos adicionales y las Islas Caimán, que informaron 25 casos adicionales (no se muestran en la figura).

⁷ Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Bermudas, Bonaire, San Eustaquio y Saba, Islas Vírgenes Británicas, Islas Caimán, Cuba, Curazao, Dominica, República Dominicana, Islas Malvinas, Granada, Guadalupe, Francia Guayana, Guyana, Haití, Jamaica, Martinica, Montserrat, Puerto Rico, San Bartolomé, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía, San Martín, San Pedro y Miquelón, Sint Maarten, San Vicente y las Granadinas, Surinam, Trinidad y Tobago, Turcos y Caicos, y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos.



Figura 3. Incidencia de casos de siete días en el Caribe y las islas del Océano Atlántico (pop > 1mil) a partir del 21 de mayo.

América del sur⁸

Después de América del Norte, la subregión con el mayor número de casos confirmados y muertes reportadas hasta la fecha sigue siendo América del Sur. Al 21 de mayo, los 10 países de esta subregión han reportado un total de 518,365 casos confirmados, incluidas 26.589 muertes, lo que representa el 23% del total de casos y el 20% del total de muertes en la Región de las Américas. La proporción de casos totales y muertes totales de América del Sur se duplicó con creces desde la última Actualización Epidemiológica, cuando fue del 9% tanto para los casos totales como para las muertes totales. Entre los países de América del Sur, Brasil ha informado el mayor número de casos (291.579 casos confirmados, incluidas 18.859 muertes), seguido de Perú (104.020 casos confirmados, incluidas 3.024 muertes), Chile (53.617 casos confirmados, incluidas 544 muertes) y Ecuador (34.854 casos confirmados y probables, incluyendo 2.888 muertes confirmadas y probables). La tasa bruta de letalidad en América del Sur es del 5,13%, la segunda más alta entre las subregiones de la Región de las Américas

La pandemia de COVID-19 se está acelerando en 8/10 países sudamericanos: sólo Paraguay y Uruguay informan una relativa tendencia decreciente. Uruguay mostró un ligero aumento en los últimos días, como se puede ver en la Figura 4. Venezuela está acelerando con 1,4 casos por cada 100.000 de incidencia, la más alta desde que comenzó el brote. Actualmente, la mayor incidencia se encuentra en Chile (86 casos por 100.000) y Perú (84 casos por 100.000).

Brasil reportó ayer 19.951 casos nuevos (21 de mayo), su mayor incidencia diaria hasta la fecha y un aumento de más de 2.500 (14,6%) en comparación con el día anterior. Brasil también es ahora el número 3 a nivel mundial en términos de incidencia total, su incidencia

⁸ Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

de 7 días continúa acelerándose y es la más alta actualmente desde que comenzó el brote: 48 casos por cada 100,000 habitantes.

La transmisión comunitaria se mantiene en 8 de los 10 países: Bolivia y Uruguay aún informan "conglomerados de casos". Algunos países como Perú y Ecuador usan la prueba de diagnóstico rápido (RDT), hasta la fecha no recomendada por OPS/OMS, para las pruebas de diagnóstico e informan sus datos como PCR o RDT. Al calcular solo para casos positivos de PCR, la tasa de incidencia de 7 días de Perú (29% positivo de PCR) se reduce a 33 casos por 100.000 de 84 casos por 100.000 y la tasa de incidencia de 7 días de Ecuador (40% PCR) disminuye de 25 casos por 100,000 a 15 casos por 100,000 habitantes.

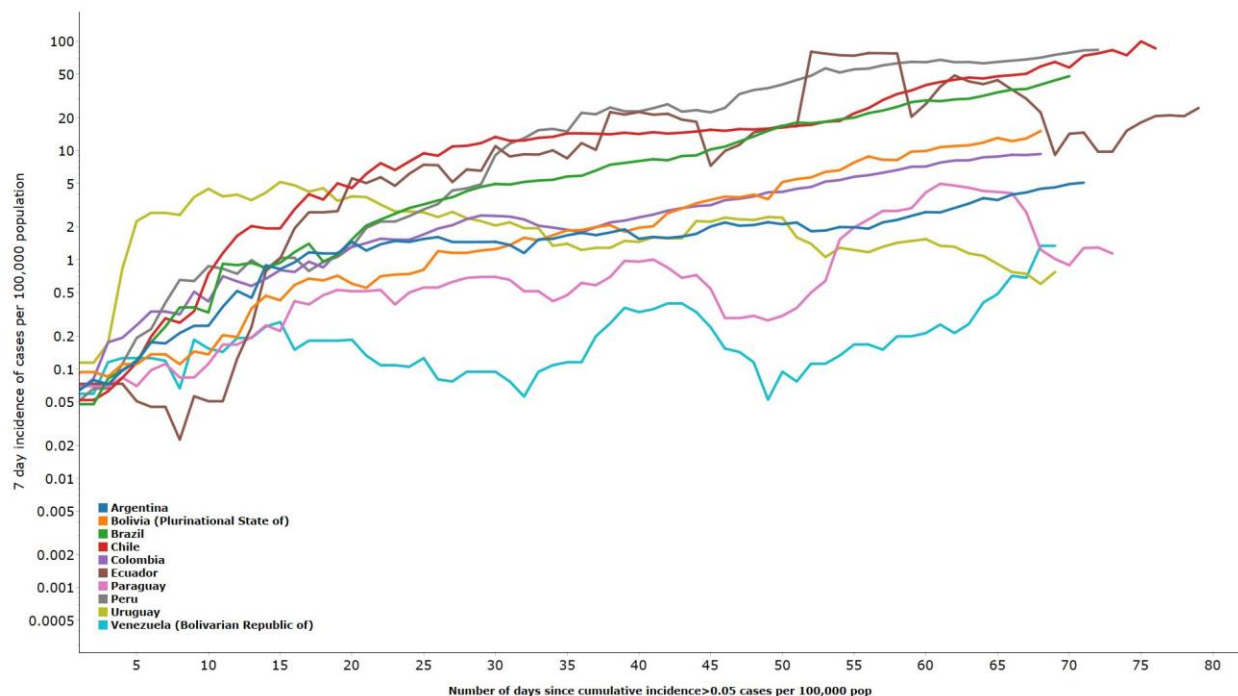


Figura 4. Incidencia de casos de siete días en América del Sur al 21 de mayo.

Orientación y recomendaciones para las autoridades nacionales

Dada la notificación continua de casos de COVID-19 en países y territorios de la Región de las Américas, la OPS / OMS continúa reiterando y actualizando las recomendaciones para apoyar a todos los Estados Miembros en las medidas para controlar y proteger contra la enfermedad. El Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) proporcionó por primera vez consejos y recomendaciones de salud pública al Director General el 22 de enero de 2020. La OPS / OMS ha desarrollado, reforzado y proporcionado actualizaciones a las recomendaciones desde el 28 de febrero de 2020.

1. Vigilancia e informes

Estrategias de vigilancia

La OMS actualizó las estrategias de vigilancia para la infección humana por COVID-19 el 10 de mayo de 2020 (disponible en inglés en [Estrategias de vigilancia para infección humana de COVID-19](#)). El propósito de este documento es proporcionar orientación sobre estrategias de vigilancia, incluidos los tipos de vigilancia, la importancia de adaptar los sistemas nacionales y aumentar los esfuerzos relacionados con la vigilancia según sea necesario.

La vigilancia de COVID-19 es esencial dado el crecimiento exponencial de la enfermedad. Como resultado, la identificación y la notificación de nuevos casos deben realizarse dentro de las 24 horas e incluirse en el análisis epidemiológico en curso. Se recomienda además que la enfermedad sea una enfermedad de notificación obligatoria con requisitos de notificación inmediata.⁸

La vigilancia en todos los sitios es importante para capturar a todas las personas y comunidades, en particular las más vulnerables, a fin de limitar la propagación de la enfermedad. Los sitios de vigilancia para COVID-19 incluyen la vigilancia (1) por parte de individuos de la comunidad, (2) en el nivel de atención primaria, (3) en el hospital, (4) utilizando el Sistema Centinela Global de Vigilancia y Respuesta a la Influenza (GISRS, por sus siglas en inglés), (5) ampliado para instalaciones residenciales y grupos vulnerables, (6) basado en la mortalidad y (7) por datos de pruebas de laboratorio. La vigilancia basada en eventos, la vigilancia participativa y las líneas directas telefónicas también se pueden implementar para apoyar los enfoques más integrales.

Al planificar e implementar prácticas de vigilancia sólidas para COVID-19, se debe considerar lo siguiente:

- Usar, adaptar y fortalecer los sistemas de vigilancia existentes.
- Incluir COVID-19 como una enfermedad de notificación obligatoria.
- Implementar informes inmediatos donde sea factible.
- Realizar vigilancia en los diferentes niveles del sistema de salud.
- Establecer denominadores de población para ayudar en la interpretación de datos.
- Establecer denominadores de pruebas de laboratorio.⁹

Recomendaciones para la denuncia de casos

La OPS / OMS solicita que las autoridades nacionales notifiquen los casos y muertes probables y confirmados de COVID-19 dentro de las 48 horas posteriores a la identificación, proporcionando los datos tal como se describe en la plantilla de listado de líneas creada para los casos y muertes confirmados y probables de COVID-19 y disponibles en (en inglés): <https://www.paho.org/en/documents/template-line-listing>.

La OPS / OMS solicita la presentación diaria de la lista completa de variables, de acuerdo con las variables obtenidas regularmente del sistema establecido de vigilancia de

⁹ Estrategias de vigilancia para la infección humana por COVID-19. Disponible en inglés en: <https://www.who.int/publications-detail/surveillance-strategies-for-covid-19-human-infection>

enfermedades respiratorias. Las variables requeridas para el monitoreo son el nombre del país informante, la fecha del informe, la identificación del caso, la fecha de inicio de los síntomas, la edad y la unidad de edad (mes, años de vida), el género, la definición del caso [probable / confirmado] y el resultado [recuperado-sano / no recuperado / fallecimiento].

El listado de líneas para los casos confirmados y probables de COVID-19 se puede enviar a: covid@paho.org.

Seguimiento de contactos

La OMS proporcionó orientación provisional sobre el seguimiento de contactos en el contexto de COVID-19 el 10 de mayo de 2020. El propósito es presentar el seguimiento de contactos como una herramienta para el control de COVID-19 y el apoyo en la implementación (disponible en inglés en [Rastreo de contactos en el contexto de COVID-19](#)).

El rastreo de contactos, cuando se aplica sistemáticamente, puede ayudar a cortar las cadenas de transmisión de persona a persona, disminuyendo así el número efectivo de reproducción. Esto se hace mediante la identificación, evaluación y gestión de las personas que han estado o pueden haber estado expuestas a COVID-19, desde el primer punto de exposición hasta los 14 días posteriores. Los pasos para realizar el seguimiento de contactos incluyen:

- Definir contactos,
- Identificar contactos,
- Informar a los contactos,
- Gestión y monitoreo de los contactos diariamente, incluyendo cuarentena, y
- Procesado y análisis de datos, incluida la gestión y análisis de datos.¹⁰

Cada paso se describe en detalle en la Guía provisional para rastreo de contactos, disponible en inglés en [Rastreo de contactos en el contexto de COVID-19](#).

Los Estados miembros deben prepararse lo antes posible para un plan de seguimiento de contactos y considerar sus requisitos de mano de obra. El reclutamiento y los preparativos anteriores tienen lugar, en un momento en que no hay transmisión o hay poca transmisión, los casos más probables se pueden manejar y mantener bajos. Los factores a considerar incluyen el número aproximado de contactos a rastrear, la logística física y tecnológica para llegar a los afectados, los contextos culturales y sociopolíticos, la seguridad, las modalidades de rastreo y otros recursos. Las herramientas electrónicas y la tecnología de la información pueden ser útiles, pero pueden no ser accesibles para todos. El personal es esencial y los rastreadores de contacto se pueden extraer de muchos entornos. Las personas calificadas deben ser utilizadas en lugar de contratar personal médico. La OPS / OMS también tiene varias [capacitaciones](#) disponibles para apoyar esta estrategia (disponibles en inglés).

2. Laboratorio

El 30 de marzo de 2020, la OPS / OMS actualizó las Directrices de laboratorio para la detección y el diagnóstico del nuevo coronavirus (COVID-19). Información sobre la

¹⁰ Rastreo de contactos en el contexto de COVID-19. Disponible en inglés en: <https://www.who.int/publications-detail/contact-tracing-in-the-context-of-covid-19>

recolección de muestras y el envío adecuado, pruebas de laboratorio que incluyen un algoritmo de prueba e informes de casos y resultados de pruebas se pueden encontrar en esta [guía provisional](#). La preparación y respuesta ante emergencias sanitarias de la OMS también produjo una guía de bioseguridad de laboratorio relacionada con la enfermedad por coronavirus [guía de bioseguridad de laboratorio relacionada con la enfermedad por coronavirus \(COVID-19\)](#). Los laboratorios que están o estarán probando el SARS-CoV-2 deben evaluar su capacidad para hacerlo. La OMS desarrolló una [herramienta de evaluación de laboratorio](#) para guiar a las organizaciones a examinar su capacidad y prepararse para aumentar las pruebas. Las muestras siempre deben ser recolectadas por personal capacitado y aplicando todas las instrucciones de bioseguridad, incluido el uso de equipo de protección personal apropiado para virus respiratorios.

Los laboratorios deben seguir utilizando el algoritmo de laboratorio de influenza recomendado por la OPS para la vigilancia de rutina de la infección respiratoria aguda (IRA) y la infección respiratoria aguda grave (IRAG), así como en casos inusuales. Si se detecta influenza, se deben realizar las pruebas de influenza de rutina (incluidos los subtipos o genotipos) y se debe continuar con el informe. Si la muestra es negativa para Influenza, se deben considerar las pruebas de SARS-CoV-2.

Aunque la detección conjunta de influenza (u otros virus respiratorios) con SARS-CoV-2 es biológicamente posible, este es un evento poco probable. Por lo tanto, si se obtiene un resultado positivo de la prueba para otro virus que explica el cuadro clínico, no es necesario continuar analizando la muestra de SARS-CoV-2.

Los pacientes que se ajustan a la definición de caso COVID-19 detectada fuera de la vigilancia rutinaria de la influenza, deben ser evaluados inicialmente para el SARS-CoV-2. Si es negativo, se pueden considerar las pruebas de influenza y otros virus respiratorios.

Como resultado de la creciente pandemia de COVID-19 y la escasez de capacidad y reactivos de pruebas moleculares en laboratorio, se están desarrollando dispositivos más rápidos y fáciles de usar para facilitar las pruebas fuera de los entornos de laboratorio. Estos kits de prueba se basan en la detección de proteínas de COVID-19 en muestras respiratorias o en la detección, en sangre o suero, de anticuerpos humanos en respuesta a la infección. Como estas pruebas aún no están validadas adecuadamente y no se basan en la evidencia actual, la OMS no recomienda su uso para la toma de decisiones clínicas.

3. Prevención y control de infecciones

La transmisión sostenida de persona a persona de COVID-19 junto con la transmisión nosocomial se ha informado en la mayoría de los países. Las rutas de transmisión de COVID-19 incluyen contacto directo y gota. Los procedimientos de generación de aerosoles (AGP) también juegan un papel en la transmisión de COVID-19.

Las siguientes guías sobre prevención y control de infecciones están disponibles en:

- Evaluación de las prácticas de prevención y control de infecciones en áreas de aislamiento en entornos de atención médica aguda en el contexto del nuevo coronavirus (COVID-19). Recomendaciones provisionales <https://bit.ly/3ghMnsc>

- Atención a los trabajadores de salud expuestos al nuevo coronavirus (COVID-19) en los establecimientos de salud. <https://bit.ly/36pZWRO>
- Manejo de cadáveres en el contexto del nuevo coronavirus (COVID-19). Recomendaciones provisionales <https://bit.ly/2WSexT0>
- Especificaciones técnicas de dispositivos médicos para la gestión de casos de COVID-19 en entornos sanitarios <https://bit.ly/3cWP5RV>
- Guía de prevención y control de infecciones para centros de atención a largo plazo en el contexto de COVID-19 <https://bit.ly/2Tvw41> (en inglés)

4. Atención al paciente

Hasta la fecha, no se recomienda ningún medicamento o vacuna específica para prevenir o tratar el nuevo coronavirus. Algunos tratamientos específicos como los antivirales están bajo investigación y se están probando a través de ensayos clínicos. El uso de antivirales se ha informado en una serie de casos publicados de pacientes hospitalizados con COVID-19. Las personas infectadas con COVID-19 deben recibir la atención adecuada para aliviar y tratar los síntomas, y las personas con enfermedades graves deben recibir la mejor atención de apoyo.

La implementación de terapias de apoyo oportunas, efectivas y seguras es vital para los pacientes que desarrollan manifestaciones graves de COVID-19.

Las siguientes guías para el manejo clínico de la infección respiratoria aguda grave cuando se sospecha COVID-19 está disponible:

- COVID-19: investigación en cloroquina e hidroxiclороquina. (Disponible en inglés en: <https://bit.ly/2AM57jk>)
- Pautas para la atención crítica de pacientes adultos gravemente enfermos con coronavirus (COVID-19) en las Américas (versión corta). (Disponible en: <https://bit.ly/2AUOB0H>)
- Atención inicial de personas con enfermedad respiratoria aguda (IRA) en el contexto de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en centros sanitarios: evaluar el riesgo, aislar y remitir. (Disponible en: <https://bit.ly/2TwEOUR>)
- Actualización continua de la potencial terapéutica COVID-19: resumen de revisiones sistemáticas rápidas (Disponible en inglés en: <https://bit.ly/3eaNTun>)

Actualmente hay una falta de evidencia sólida en ensayos bien diseñados para recomendaciones de medicamentos específicos, como antivirales o inmunomoduladores que tienen beneficios para los pacientes con COVID-19. En un ensayo controlado aleatorio publicado recientemente (tamaño de muestra pequeño), el sulfato de hidroxiclороquina no mostró efectos clínicos para mejorar los síntomas del paciente y acelerar la supresión virológica.¹¹

¹¹ COVID-19: Investigación en cloroquina e hidroxiclороquina. Disponible en inglés en <https://bit.ly/3anQJKa>

Además, la OMS publicó una guía provisional (disponible en inglés en: <https://bit.ly/2Vzwr6>) para satisfacer la necesidad de recomendaciones sobre atención domiciliar para pacientes con COVID-19 que presentan síntomas leves y el manejo de sus contactos.

5. Sistemas y servicios de salud

Para mejorar la respuesta de los sistemas y servicios de salud a nivel de país, se han proporcionado documentos de orientación, desarrollo de capacidades y apoyo directo a los países.

Los siguientes documentos se han desarrollado para proporcionar orientación y apoyo:

- Nota técnica. Adaptación del primer nivel de atención en el contexto de COVID-19: <https://www.paho.org/es/documentos/nota-tecnica-sobre-adaptacion-primer-nivel-atencion-contexto-pandemia-covid-19>
- Lista de verificación para la gestión de recursos humanos para la salud en respuesta a COVID-19: <https://www.paho.org/es/documentos/lista-chequeo-para-gestion-trabajadores-salud-como-respuesta-al-covid-19>
- Orientación ética para el uso de recursos escasos en la prestación de atención médica crítica durante la pandemia de COVID-19: <https://www.paho.org/es/documentos/orientacion-estrategias-para-agilizar-revision-supervision-eticas-investigaciones>
- Recomendación técnica para la selección de sitios de atención médica alternativa (SAMA): <https://www.paho.org/es/documentos/recomendaciones-tecnicas-para-eleccion-sitios-alternativos-atencion-medica-saam>
- Dependencia para la autorización de uso de emergencia de medicamentos y otras tecnologías sanitarias en una pandemia (por ejemplo, COVID-19): (disponible en inglés) <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52027>
- Gestión de crisis durante una epidemia: directrices generales para una coordinación eficiente de la respuesta por parte de las autoridades reguladoras nacionales: (disponible en inglés) <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52098>
- Consideraciones reglamentarias sobre la autorización del uso de plasma convaleciente (PC) para abordar la emergencia de COVID-19: (disponible en inglés) <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52036>
- Recomendaciones preliminares para servicios de sangre: <https://www.paho.org/es/documentos/recomendaciones-preliminares-para-servicios-sangre-frente-al-potencial-impacto>
- Lista de dispositivos médicos prioritarios para la respuesta COVID-19: <https://www.paho.org/es/documentos/lista-dispositivos-medicos-prioritarios-contexto-covid-19-0>

Se ha brindado apoyo directo a los países a través de reuniones virtuales para la reorganización y expansión de los servicios, incluida la expansión de la capacidad crítica (EMT / AMC) y con la debida atención al primer nivel de atención y la continuación de los servicios esenciales. Este soporte se ha complementado con seminarios web en inglés y español sobre temas técnicos relacionados.

Se ha llevado a cabo la creación de capacidad, incluidas herramientas, capacitación y apoyo directo a los países para realizar evaluaciones de necesidades de camas, tiempo del personal, medicamentos, suministros médicos y EPP, en todas las subregiones. Estas actividades están coordinadas y respaldan esfuerzos más amplios dentro de la organización para la adquisición y distribución de suministros y equipos críticos, incluidas las adquisiciones de emergencia, el Fondo Estratégico de la OPS y el Sistema de la Cadena de Suministro COVID-19 de la ONU.

La salud de los ancianos se integró completamente en el Sistema de gestión de incidentes (IMS). Se realizó una consulta de expertos para identificar posibles barreras, cuellos de botella y necesidades de conocimiento para prevenir una mayor mortalidad entre los adultos mayores.

Se desarrolló una hoja de ruta para aprovechar los programas de salud ocupacional para los trabajadores de la salud en el contexto de COVID-19.

Se lanzó una iniciativa para coordinar y apoyar mejor a las autoridades reguladoras nacionales sobre medicamentos y otras tecnologías sanitarias en su respuesta al COVID-19. Esta iniciativa incluyó el desarrollo de documentos técnicos, reuniones quincenales, un servicio de listas y un repositorio de sitios web e información relevante, incluidas las respuestas regulatorias sobre COVID-19. La información está disponible en la Plataforma Regional de Acceso e Innovación para Tecnologías de Salud (PRAIS) y se comparte con los puntos focales regulatorios. La información se puede encontrar en: <https://prais.paho.org/en/featured-links/>

Colaboración con las unidades pertinentes de la OPS para mejorar la capacidad de adquisición de dispositivos médicos críticos (ventiladores) y diagnósticos in vitro (DIV), incluido el desarrollo de un marco y criterios para la adquisición conjunta, procesos regulatorios, especificaciones técnicas y criterios de selección y cumplimiento de manejo clínico.

6. Medidas no farmacéuticas: distanciamiento social y medidas relacionadas con el tráfico internacional

Las medidas no farmacéuticas incluyen medidas de protección personal, medidas ambientales, medidas de distanciamiento social y medidas relacionadas con el tráfico internacional. Este párrafo se refiere a medidas de distanciamiento social y medidas relacionadas con el tráfico internacional, que están estrictamente entrelazadas.

Las medidas de distanciamiento social se aplican a individuos (por ejemplo, aislamiento de casos y cuarentena de contactos), o a la comunidad (a segmentos específicos de la población [por ejemplo, confinamiento en el hogar para ancianos]), o a la población en su conjunto (por ejemplo, confinamiento en el hogar y cierre de todos los negocios no esenciales). Estas medidas no son mutuamente excluyentes. Coincidiendo con la

declaración de la pandemia de COVID-19 el 11 de marzo de 2020, un número creciente de países han adoptado medidas a nivel comunitario. A partir del 10 de abril de 2020, de los 35 países de América, todos menos uno (Nicaragua) están implementando medidas que restringen drásticamente el movimiento de la población e implican la cancelación de reuniones masivas de rutina y mayores, el cierre de empresas, el cierre de escuelas y encierro en casa. La mayoría de los países que adoptaron medidas para toda la comunidad, probablemente contemplando su duración limitada, gracias a los esfuerzos del gobierno, actualmente implementan medidas para toda la comunidad que apoyan a sus ciudadanos en una variedad de necesidades esenciales. Los gobiernos promulgaron herramientas legales que permitieron la provisión de protección financiera y fiscal a segmentos específicos de la población; para satisfacer las necesidades esenciales (por ejemplo, esquemas de distribución de alimentos, mantenimiento de supermercados en operaciones); así como para el mantenimiento de servicios esenciales.

El impacto socioeconómico negativo real o potencial, determinado por la adopción de medidas estrictas de distanciamiento social y relacionadas con los viajes, se traduce en una creciente presión sobre los líderes nacionales para pedir una transición a medidas menos estrictas que permitan a la economía recuperar algo de impulso, sin precipitar una dramática evolución de la pandemia. Consciente de eso, la OPS ha desarrollado un documento (disponible en <https://bit.ly/2LR1omI>) que tiene como objetivo proporcionar a las autoridades nacionales, en todos los sectores gubernamentales, un marco para informar su proceso de toma de decisiones, en los próximos meses, sobre el ajuste del distanciamiento social y las medidas relacionadas con los viajes, que son estrictamente entrelazados, sin anular los esfuerzos y sacrificios realizados hasta ahora.

7. Comunicación de riesgo

La comunicación de riesgos es un componente central de una intervención de salud pública, con cualquier brote de enfermedad o emergencia de salud. Como tal, la OMS y la OPS han creado materiales de comunicación, con un enfoque en poblaciones de mayor riesgo, para informar tanto al público como a los trabajadores de la salud sobre COVID-19. La OPS ha creado tarjetas de infografías y redes sociales sobre [COVID-19 y VIH, Tuberculosis y COVID-19. Lo que necesita saber](#), [Orientaciones para gente joven](#), [Formas de ayudar a las personas mayores y / o personas con afecciones subyacentes que viven solas](#), [Productos médicos falsificados](#), [Vacunas y productos médicos](#), [Manejo de los cuerpos de pacientes fallecidos con COVID-19 por mortuorios y funerarias](#) y [para trabajadores en salud](#), entre otros. Estos materiales son promovidos por las oficinas de país de la OPS y son un recurso para que los países utilicen y / o se adapten a sus necesidades y realidades.

Además, la OPS ha desarrollado un folleto sobre [Cuidar la salud mental del personal de salud durante la pandemia de COVID-19](#). El folleto incluye una serie de mensajes y recordatorios clave para trabajadores esenciales basados en la orientación técnica más profunda de la OMS y la OPS sobre salud mental durante emergencias.

La OPS / OMS también ha desarrollado un [COVID-19 Glosario sobre brotes y epidemias, un recurso para periodistas y comunicadores](#), con conceptos y términos clave comúnmente utilizados durante brotes y epidemias. Este documento tiene como objetivo fortalecer el conocimiento de los periodistas y educar aún más sobre COVID-19 y los brotes. El glosario resume [la guía informativa para periodistas](#) desarrollada por la OPS / OMS en abril.

Recientemente, la OPS / OMS realizó un taller virtual sobre cómo cubrir la pandemia sin difundir información incorrecta y sobre epidemiología 101 para periodistas y comunicadores de toda América Latina. Más de 220 personas participaron en esta [capacitación virtual](#).