

INFORME DE SITUACIÓN - PANAMÁ

Reporte No. 42 - COVID-19

Diciembre 1° de 2020

Puntos Destacados:

- A la fecha, se reportan 16.915 pacientes (10,3%) en aislamiento domiciliario, 1.138 pacientes (0,7%) se encuentran hospitalizados (987 en sala general y 151 en Unidades de Cuidado Intensivo - UCI). Se informan 143.616 casos (87,2%) como recuperados (Figura 1).
- Se reporta un total de 3.060 fallecimientos con 103 nuevas muertes desde el último reporte el 22 de noviembre, para un porcentaje de fallecidos de 1,9%.
- El 53% de los casos se presenta en hombres.
- Hasta el 29 de noviembre (SE 48), el promedio de los ingresos en sala es de 896 pacientes con aumento del 20,6% (153 pacientes más) en comparación con el promedio registrado en la semana 47; los pacientes en UCI se redujeron en cuatro, mostrando un promedio de 149 en la SE 48. (Figura 3).
- Al 1° de diciembre de 2020, a nivel nacional se tiene una ocupación del 60% de las camas de hospitalización en sala, del 64% de camas de UCI y semi UCI y del 35% de los ventiladores.
- Los pacientes severos y críticos se distribuyen el 41% (398) en las Instalaciones de Salud de la Caja del Seguro Social (CSS), el 51% (491) en las del Ministerio de Salud y el 8% (76) en los hospitales privados de Panamá (Figura 2).

SITUACIÓN EN NÚMEROS PANAMÁ

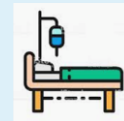
Hasta el 29 de noviembre de 2020 - 6:00 p.m.

Casos Confirmados

164.729 (1.276 nuevos*)

Muertes

3.060 (21 nuevas*)



Camas en sala

5.388 [40% disponibles (2.183)]**



Camas en UCI y semi UCI

617 [36% disponibles (225)]**



Ventiladores

847 [65% disponibles (550)]**

*en las últimas 24 horas

**Hasta el 01-dic-2020 - 7:30 p.m.

Figura 1
Casos de COVID-19 en Panamá al 29 de noviembre de 2020

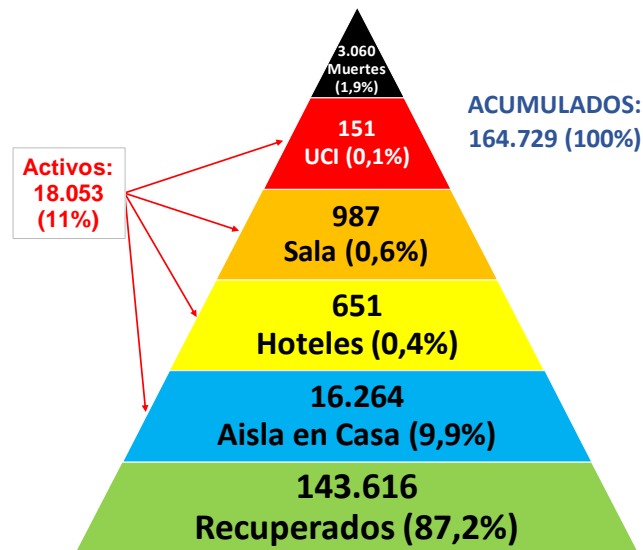
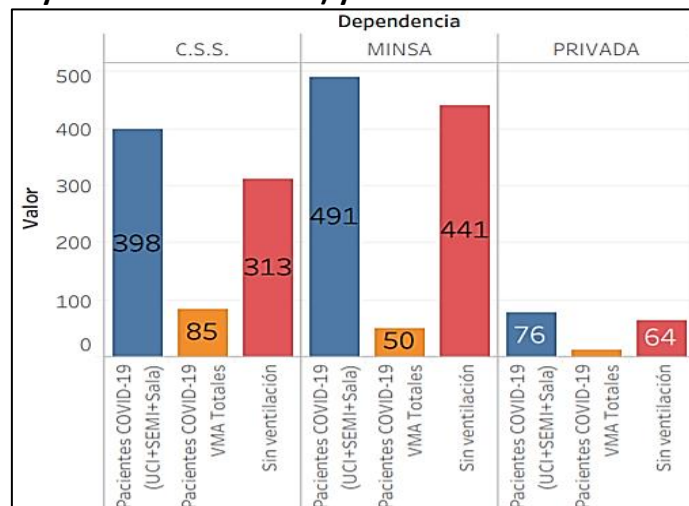


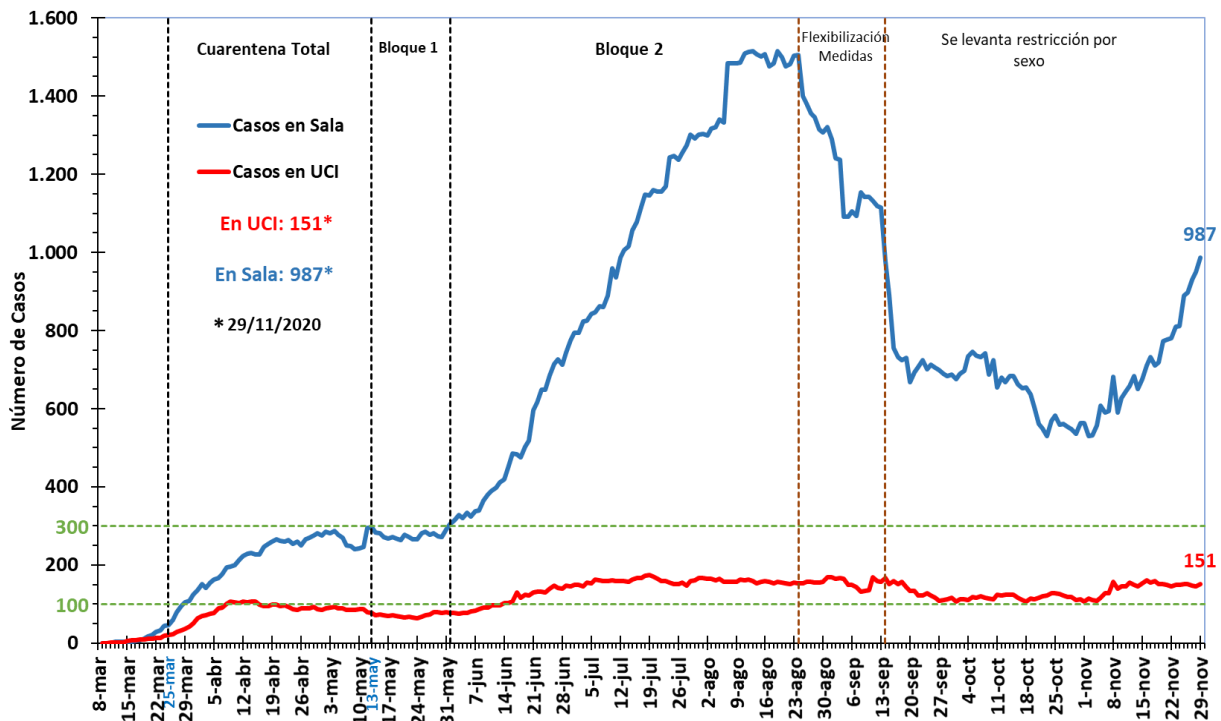
Figura 2
Distribución de los Pacientes en UCI en Instalaciones de Salud de la Red Pública (Caja del Seguro Social CSS y Ministerio de Salud) y en la Red Privada de Panamá, 02-dic-2020



En la figura 3 se muestra cómo desde el inicio de la epidemia hasta el 1° de junio, se logró el mantenimiento del ingreso de pacientes a sala y a UCI en los niveles más bajos; después se entró en el periodo del pico de la epidemia registrándose los promedios más altos en el mes de julio con 1.428 pacientes en sala y 159 en UCI.

Desde el 23 de agosto (Semana epidemiológica- SE 35), se observa descenso de los ingresos en sala a 1.115 pacientes; luego entre la SE 38 y la SE 41 se estabilizan en 714 hospitalizaciones en promedio en el periodo. En octubre se tuvo un promedio de 640 ingresos en sala y 117 en UCI; sin embargo, desde finales de octubre (SE 44) hasta la SE 4 se observa un incremento progresivo de las hospitalizaciones, alcanzando 987 en sala y 151 en UCI hasta el 29 de noviembre. (Figura 3).

Figura 3
Número de casos confirmados de COVID-19 hospitalizados en sala y UCI por día. Panamá, 9 marzo a 29 de noviembre 2020



La figura 4 muestra el aplanamiento de la curva al inicio de la epidemia, con la implementación del confinamiento de la población (el 25 marzo), entre otras medidas. A partir del 22 de mayo, se tuvo ascenso progresivo en el número de casos, en la medida que se da la flexibilización de la movilidad y la reapertura de los bloques por grupos de actividades comerciales en el país, hasta alcanzar los 1.023 casos confirmados por día en el mes de julio. Para finales de agosto hasta el 1 de noviembre, se presenta una meseta en la curva epidémica, pasando de un promedio de 940 casos en agosto a 654 en septiembre, 678 en octubre.

En el mes de noviembre hasta la SE 48, se tiene un promedio de 1.073 confirmaciones diarias que supero pico máximo de casos que se obtuvo en el mes de julio (1.023). Desde la SE 45 se están reportando en promedio más de 1.000 casos diarios, llegando a 1.411 en la SE 48, es decir, que se tuvo un 19% más de casos con relación a la semana inmediatamente anterior (SE 47). (figura 4).

En la figura 5 se observa una meseta de casos entre la semana 38 a 43, que se mantuvo en un promedio de 4.579 casos por semana; el reporte de 9.876 casos en la SE 48 corresponde a un incremento del 116% de los casos con respecto a ese promedio, siendo la mayor cantidad de casos registrados por semana epidemiológica durante el periodo de la epidemia hasta la fecha.

Los datos epidemiológicos muestran un repunte significativo de casos desde la SE 44 (5 de noviembre) y de la velocidad de contagio del coronavirus que ponen en dificultad las acciones de trazabilidad para tratar de contener la epidemia, toda vez que en el país se ha encontrado en promedio cuatro (4) contactos por cada caso confirmado, es decir que adicional a los 9.876 casos en los que debe asegurarse aislamiento por 14 días, se tendría que hacer seguimiento a 39.504 contactos potenciales que requieren cuarentena para evitar que la enfermedad se continúe diseminando en la comunidad. Esto significa que, con los 321 equipos unificados de trazabilidad que se han conformado en las 15 regiones de salud, cada equipo tendría que hacer el seguimiento de 123 casos por semana, es decir, a 18 casos por día.

El riesgo de ocurrencia de rebrotes a lo largo del territorio es inminente, ante la impotencia de no poder hacer el seguimiento al 100% de los casos detectados y al aumento de sus contactos, que hace suponer que este será un mes crítico desde el punto de vista epidemiológico, sociológico y psicológico, por diversas razones relacionadas con la llegada de las festividades de fin de año en Panamá.

Es demasiado pronto para saber cuántas personas más se infectarán con el coronavirus en las próximas semanas, pero en la medida que esto sucede, se tendrá un gran riesgo de que la capacidad de respuesta del sistema sanitario también pueda colapsar, o que los hospitales y los funcionarios de salud de todo el país vayan a sufrir una fuerte presión al enfrentar un sobre aumento en la atención hospitalaria por las complicaciones de los pacientes con la COVID-19.

Figura 4
Curva Epidémica de la COVID-19 en Panamá al 29 de noviembre 2020

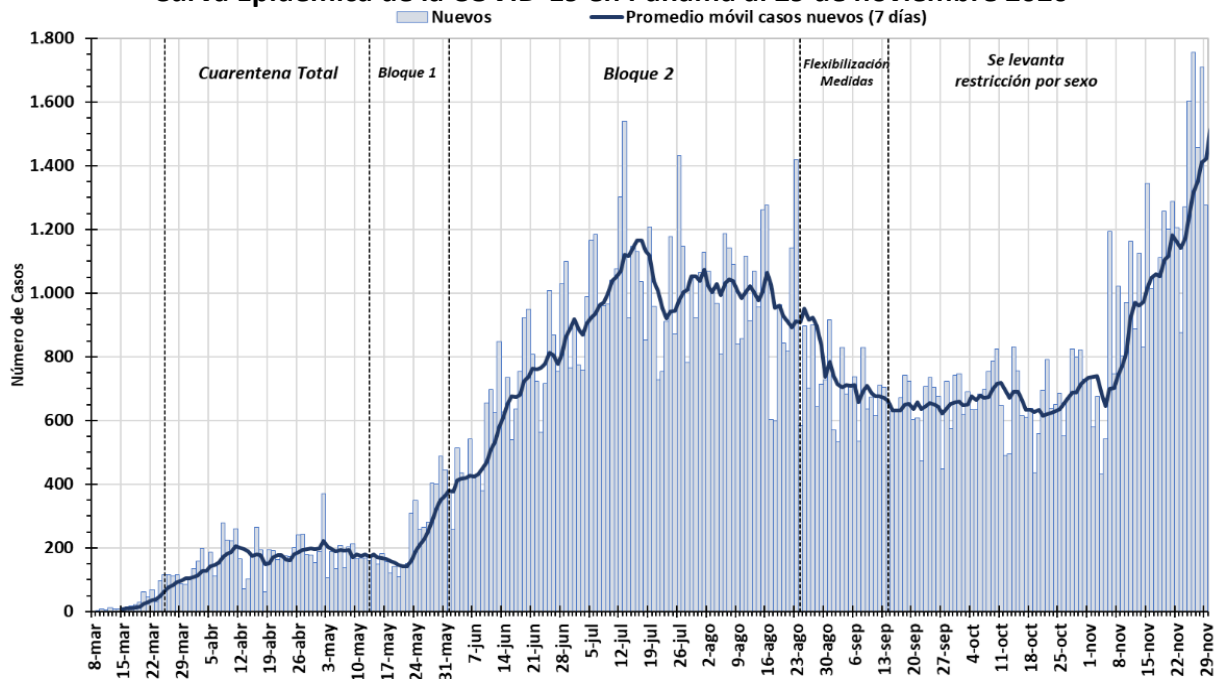
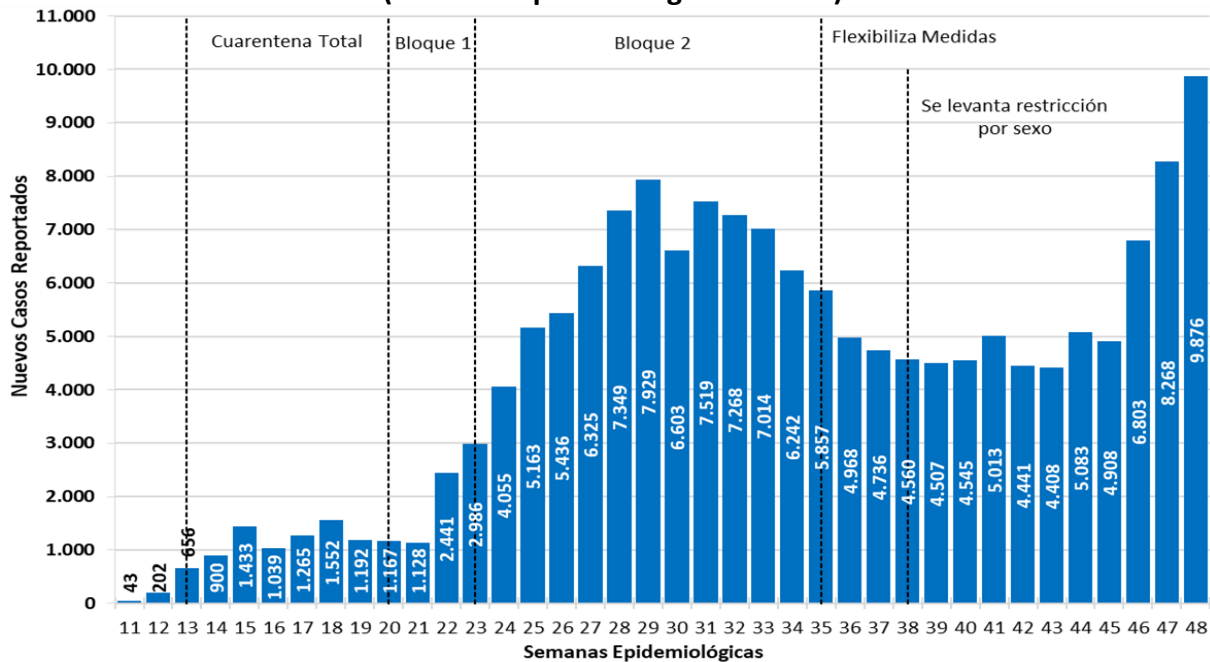


Figura 5
Casos nuevos por semana epidemiológica. Panamá, 09 marzo – 28 de noviembre 2020
(semanas epidemiológicas 11 a 48)



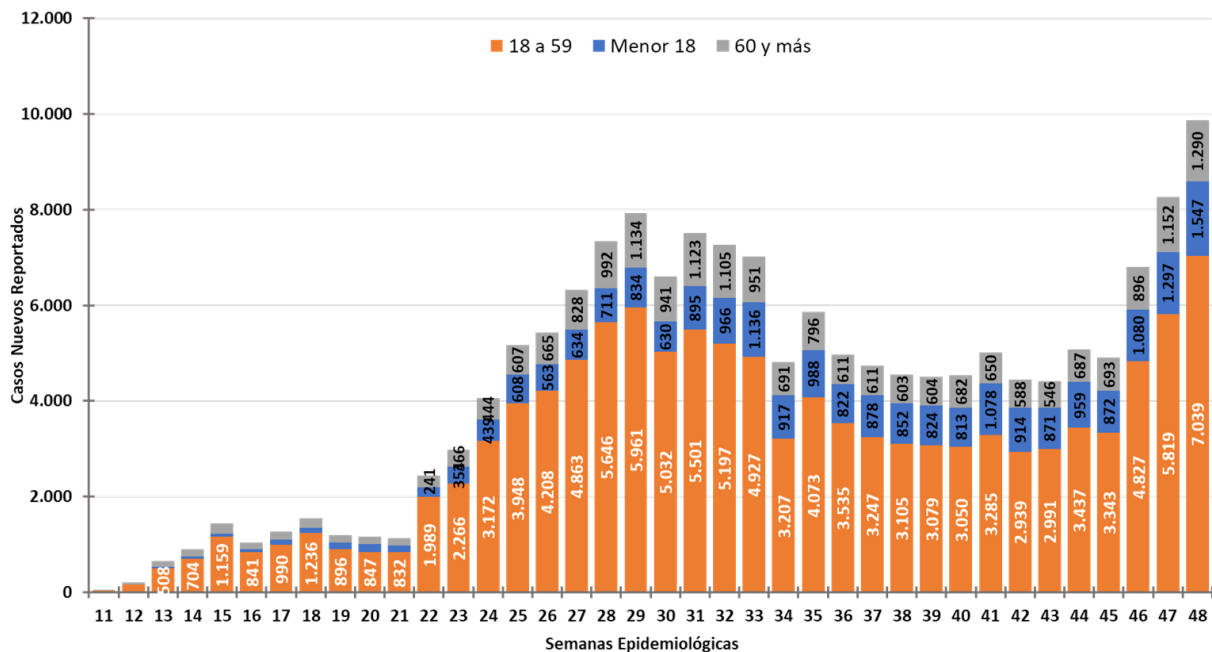
Como lo muestran los datos de la figura 6, el grupo de 18 a 59 años presenta un aumento 23% de los casos en la SE 48 con respecto a la anterior y del 110,5% comparando el número de casos de la SE 45 con relación a los ocurridos en la SE 48 (28 de noviembre).

En segundo lugar, los menores de 18 años muestran aumento del 21,3% de los casos en la SE 48 con relación a la SE 47 y del 80,5% al comparar los casos de la SE 45 con los informados en la SE 48. Los casos en los mayores de 60 años aumentaron en la última semana un 12% con respecto a la semana anterior y el 86% en comparación con la SE 45.

El incremento de las infecciones está ocurriendo a expensas de los grupos de edad más joven, quienes estarían impulsando el avance en la transmisión activa comunitaria de la epidemia por tener una mayor exposición al virus, al ser la franja donde se concentra la población trabajadora y con mayor interacción social en este momento de vuelta a la normalidad.

En medio de la falsa información y de quienes aún no reconocen que el coronavirus SARS CoV-2 es capaz de causar daño y optan por ignorar las recomendaciones del Ministerio de Salud, la OPS/OMS reitera el llamado de las autoridades de salud de evitar las reuniones sociales, guardar el distanciamiento físico, usar la mascarilla de forma correcta y no bajar la guardia con las medidas de higiene, porque la epidemia sigue y está tomando mucha fuerza. Confiamos en que el buen juicio de los jóvenes y de toda la sociedad panameña para acatar las medidas y que contribuyan con la reducción de la velocidad de los contagios.

Figura 6
Casos nuevos por semana epidemiológica y grupo de edad. Panamá, 09 marzo – 28 noviembre 2020. (semanas epidemiológicas 11 a 48)

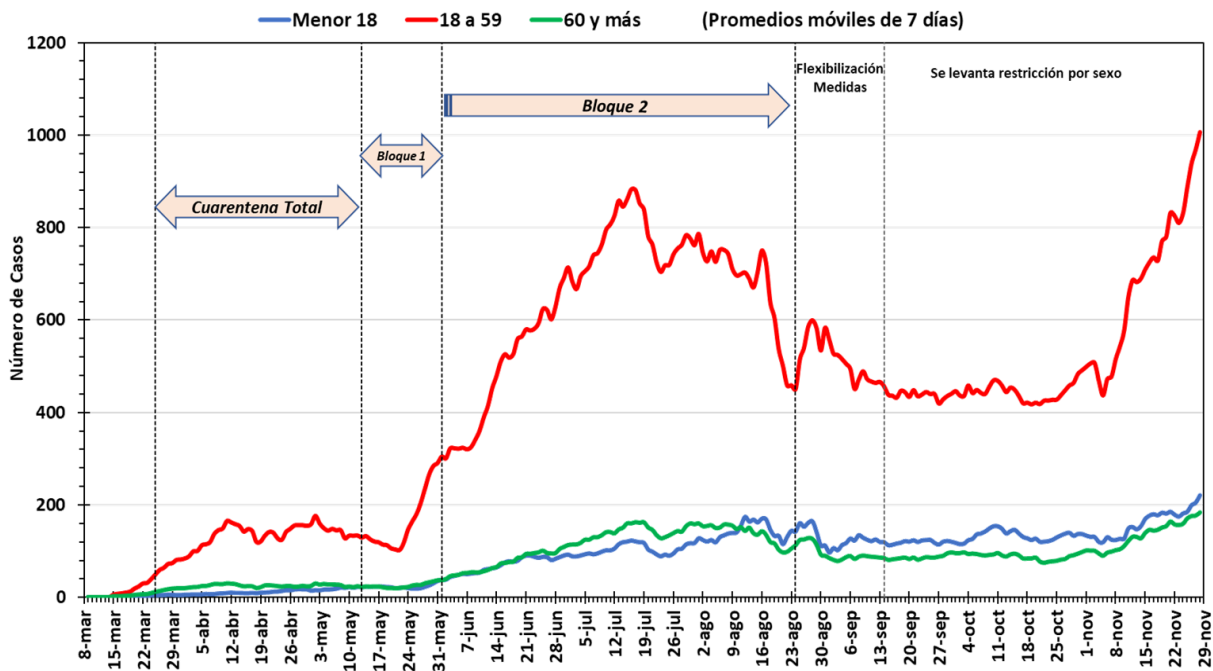


En complemento a la anterior, la figura 7 muestra el comportamiento de los promedios móviles de 7 días para los casos de COVID 19 para tres grandes grupos de edad de la población en la que se destacan tres momentos en la curva. El primero, el efecto sostenido de la medida de confinamiento de la población en la reducción en la velocidad de transmisión del virus con descenso en la confirmación diaria de casos en los tres grupos de edad hasta el 22 de mayo se evidencia; el segundo, pico epidémico de la curva que inició en junio hasta mediados de agosto y el tercero la fase de descenso y estabilidad entre el 24 de agosto hasta la fecha.

El grupo de 18 a 59 años registra el mayor promedio móvil de casos, con promedios en siete días entre 420 y 490 casos desde la SE 37 hasta la SE 45 con un repunte en las tres últimas pasando de un promedio móvil de 690 casos en la SE 46 a 720 en la SE 47 y 1.000 casos en la SE 48.

Luego del levantamiento de la restricción por sexo, el grupo de menores de 18 años mantuvo los promedios móviles por encima (120) de los del grupo de 60 años y más (100). En estos dos grupos de edad igualmente se observa una tendencia al aumento en los promedios móviles en desde la SE 45 hasta la fecha (SE 48), llegando a un promedio móvil de 210 casos menores de 18 años frente a 190 en los de 60 años y más años en la última semana.

Figura 7
Reporte de Casos de COVID-19 en Panamá por Grupos de edad. 09-Mar a 28-Nov 2020



Con relación a las muertes por semana, en la figura 8 se muestra un aplanamiento en el número de fallecimientos entre la SE 41 a la SE 47, con 76 muertes en promedio en dicho período; no obstante, en las SE 48 se presenta un alza del 22,4% en el número de muertes con respecto a ese promedio. Esta semana se reportan 14 fallecimientos más con relación a la SE 47.

En la figura 9 se muestra el promedio móvil en 7 días y el número de muertes diarias según fecha de reporte. Después de superar las 25 muertes en promedio durante el mes de julio (rango mínimo de 16 y máximo de 41), se observa una tendencia descendente con entre 7 y 31 muertes por día y un promedio de 19 en el mes de agosto.

A partir del 18 de agosto y hasta el 28 de septiembre se observa una la tendencia estable, con un reporte de entre 6 y 18 muertes diarias, que sigue con un promedio de 12 muertes en septiembre, de 10 en octubre y con aumento de nuevo a 12 muertes en promedio en lo que va del mes de noviembre. Sin embargo, mientras las nuevas infecciones sigan aumentando, se prevé que el ritmo de nuevas hospitalizaciones junto con el promedio de los fallecimientos se incremente en las próximas semanas.

Figura 8
Muertes por semana epidemiológica. Panamá, 09 marzo – 28 de noviembre 2020
(semanas epidemiológicas 11 a 48)

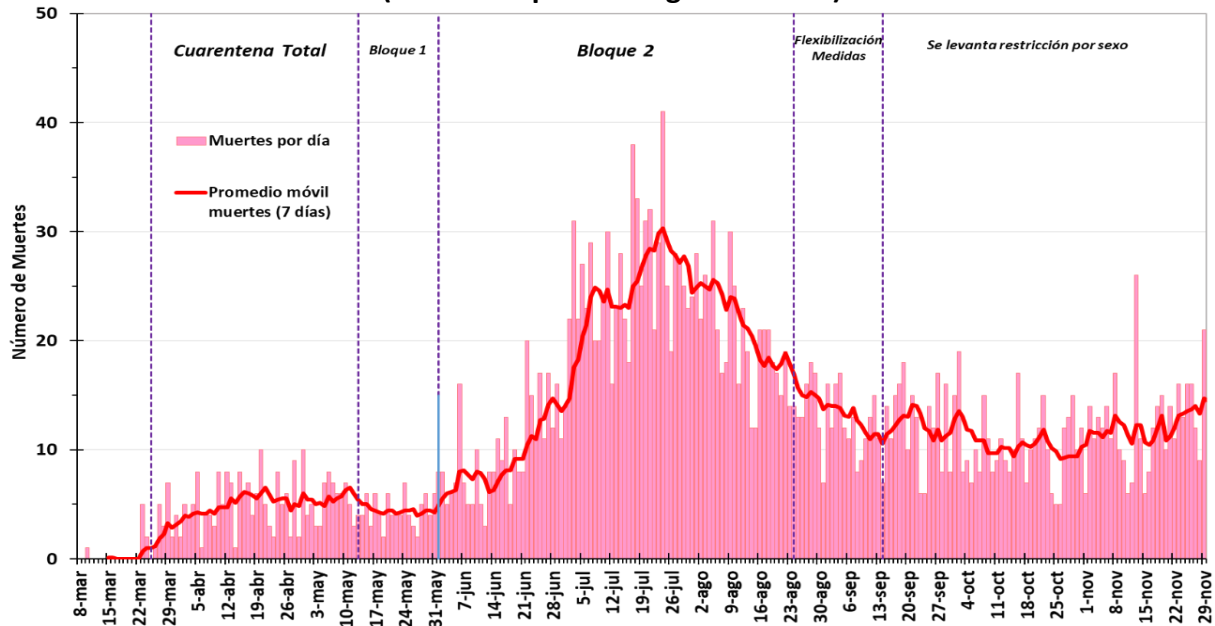
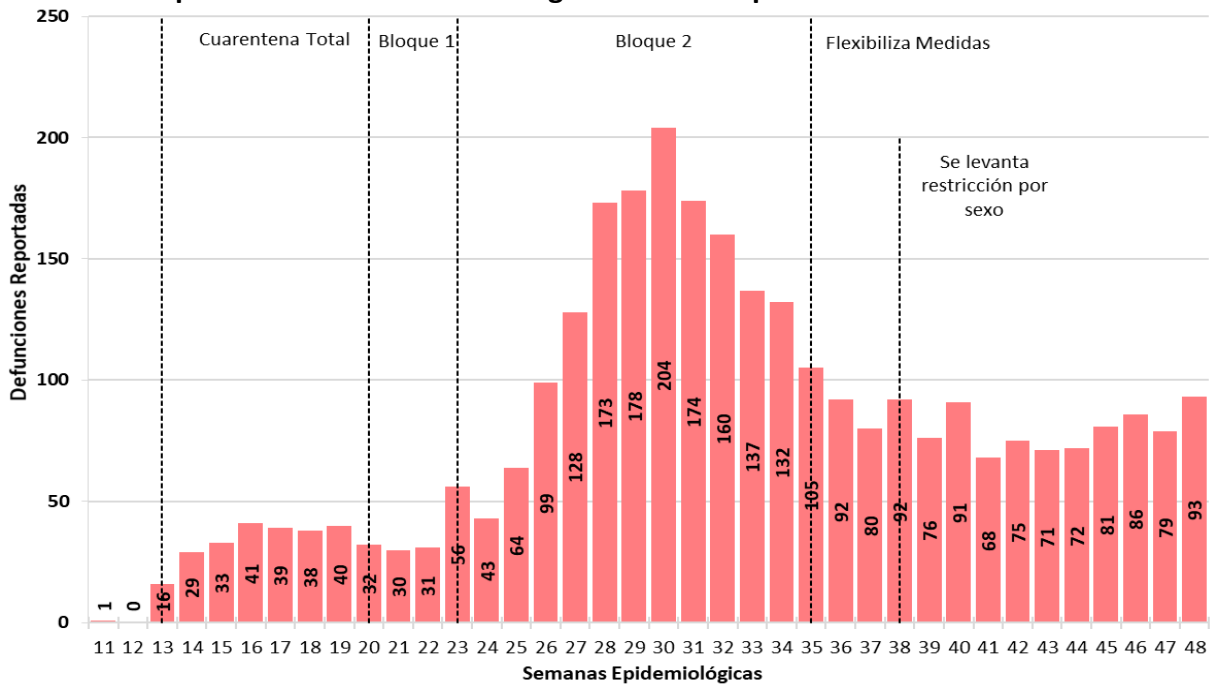
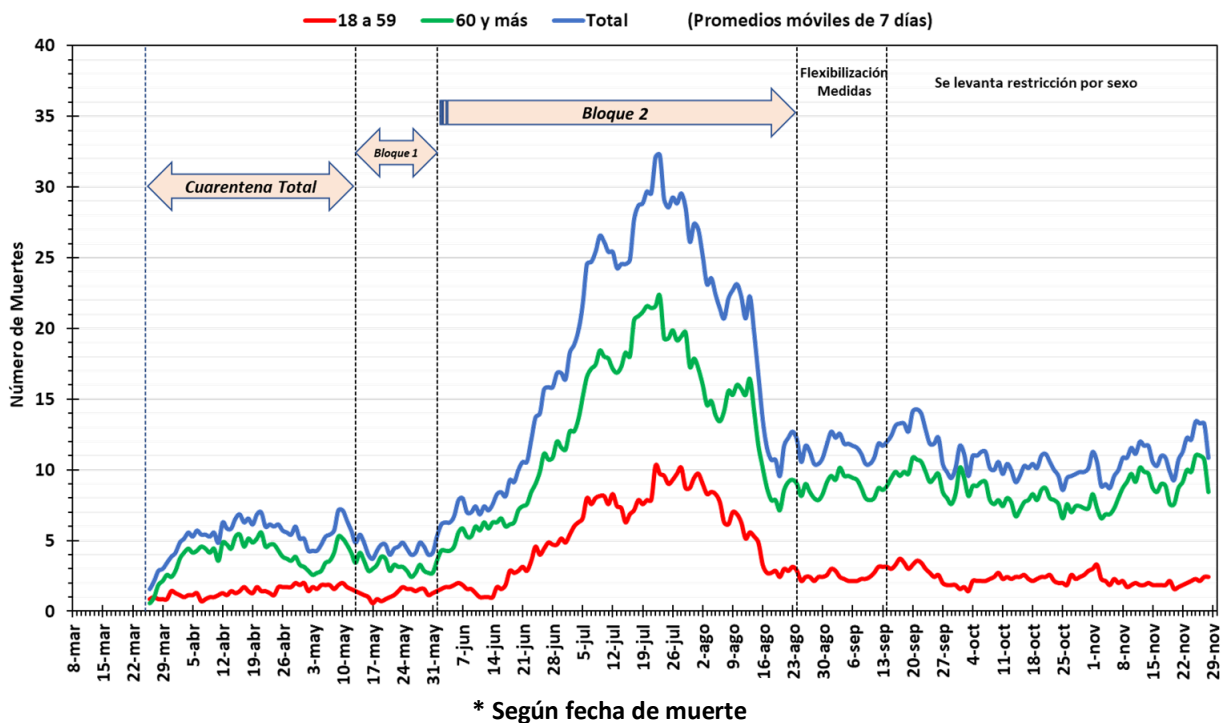


Figura 9
Muertes por COVID-19 en Panamá según fecha de reporte. Mar-9 a Nov-29 de 2020



La figura 10 en cambio muestra los más altos promedios móviles en siete días para las muertes en los tres momentos de la curva, con un promedio general por debajo de 10. En el grupo de 60 años y más años se observa cambios en el promedio de muertes en siete días, pasando de tener entre 7 muertes en promedio hasta la SE 44 a 10 y 11 en la Se 46 y SE 47 respectivamente con una caída en la SE 48 a 8; mientras que, en el grupo de 18 a 59 años, los promedios móviles en siete días de las muertes se mantienen estables alrededor de tres. Es decir, que la mayoría de los fallecimientos están concentrados en el grupo de 60 y más años.

Figura 10
Muertes por COVID-19 en Panamá por Grupos de edad, hasta el 28 de noviembre 2020*



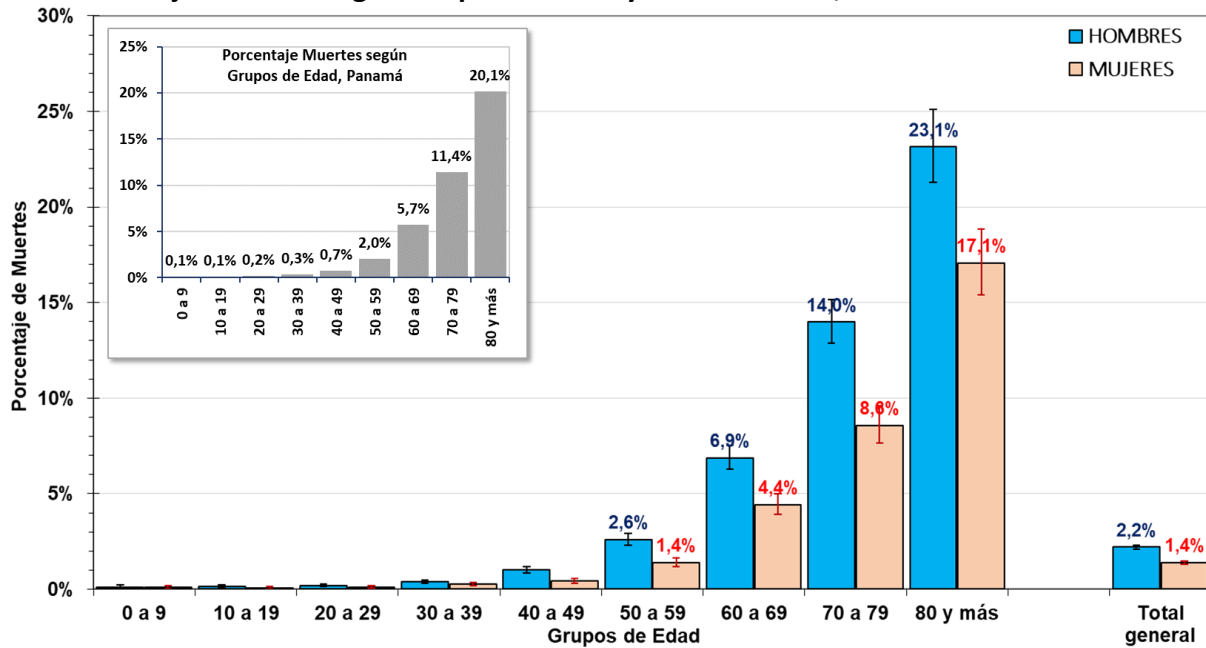
En la figura 11, se muestra la distribución de los fallecidos por grupos de edad y sexo. El grupo de 80 años y más tienen la proporción más elevada con el 20,1%, le sigue el grupo de 70 y 79 que aporta el 11,4%, los de 60 a 69 años el 5,7% y los de 50 a 59 años el 2,0%. La letalidad por COVID-19 en menores de 49 años está entre el 0,1 y 0,7%.

Según sexo, hay una mayor proporción de muertes se presentan en la población masculina en todos los grupos de edad. Los hombres tienen una letalidad general del 2,2%, es decir, que se mueren en una proporción 0,8% mayor que las mujeres (1,4%), diferencias que se hacen más evidentes en el grupo de 80 y más años, donde la letalidad masculina es de 23,1%, indicando que los hombres que contraen la COVID-19 mueren en un porcentaje 6,0% mayor con respecto a las mujeres de este grupo (letalidad femenina 17,1%); los hombres de 70 a 79 años, de 60 a 69 años y de 50 a 59 fallecen en una proporción de 5,4%, 2,5% y 1,2% más, frente a las mujeres de los respectivos grupos de edad. (figura 10).

En la medida que aumenta la edad se incrementa la mortalidad, lo que se explica por la mayor probabilidad de que una persona tenga comorbilidades en la vejez, muchas de las cuales están relacionadas con las complicaciones de la COVID-19.

Figura 11

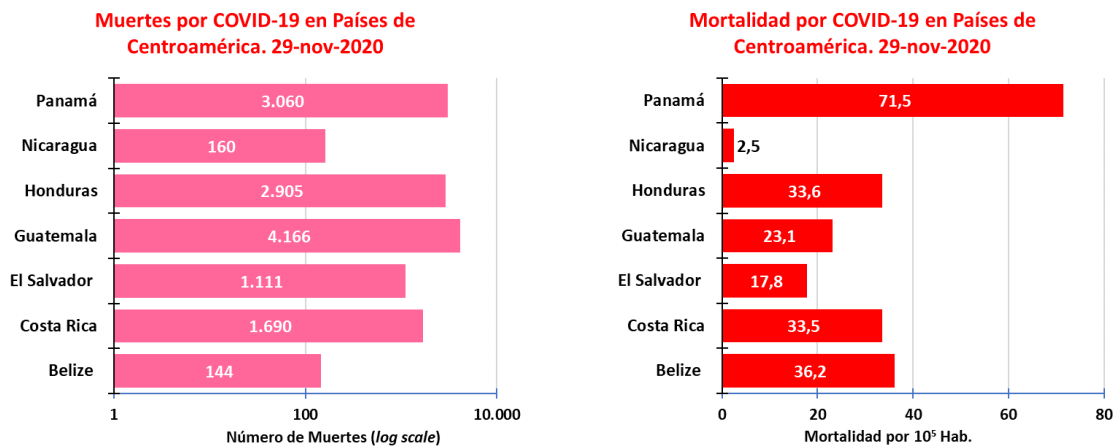
Porcentaje Muertes según Grupos de Edad y Sexo. Panamá, Mar-9 a Nov-28 de 2020



Con un acumulado de 3.060 defunciones ocurridas hasta el 29 de noviembre, Panamá ocupa el segundo lugar entre los países de Centro América con mayor número de muertes después de Guatemala. (figura 12).

Figura 12

Defunciones y Mortalidad por COVID-19 en países de Centroamérica, 29-Nov-2020



Con relación al indicador de mortalidad¹ de las figuras 12, 13 y 14, en la SE 48, Panamá registra una mortalidad de 71,5 x 100.000 habitantes, por encima de la mortalidad para la Región de las Américas de 69,7 x 100.000 habitantes (figura 13) y ocupando el primer lugar con la mayor tasa de mortalidad entre los países de Centroamérica. (figura 12).

Figura 13. Mortalidad por COVID-19 por países, noviembre 29 de 2020

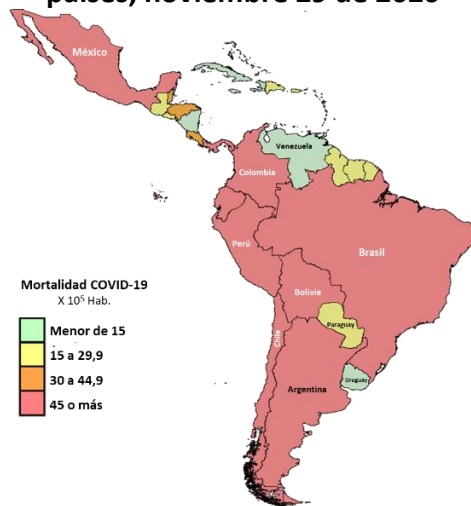
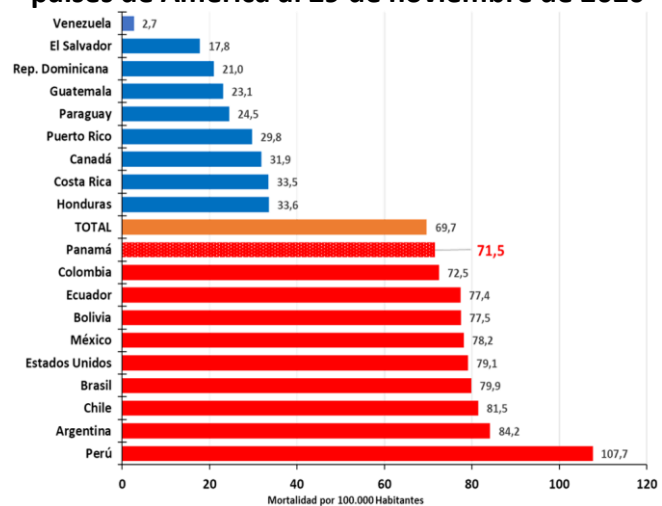


Figura 14. Mortalidad por COVID-19, primeros 20 países de América al 29 de noviembre de 2020



Hasta el 29 de noviembre, en Panamá el porcentaje total de muertes entre quienes se confirmaron con la COVID-19 es del 1,9%, continuando entre los países de las Américas con más baja letalidad, incluso inferior a la letalidad para la Región que es de 2,7% (figuras 15 y 16) y ocupando el segundo lugar entre los países centroamericanos con más baja letalidad después de Costa Rica. (figura 17).

Figura 15. Letalidad de la COVID-19 por Países, noviembre 29 de 2020

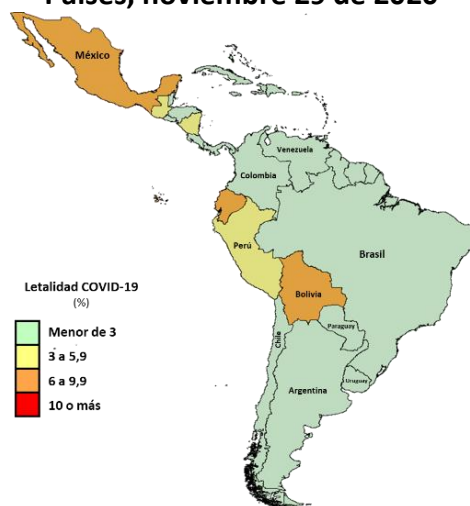
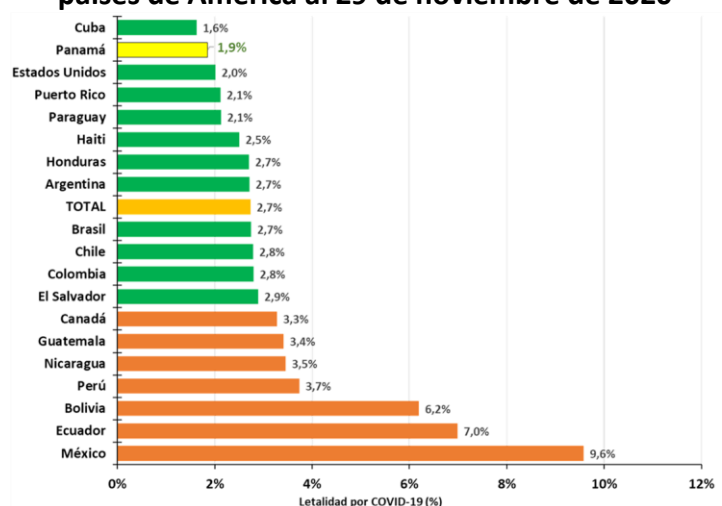
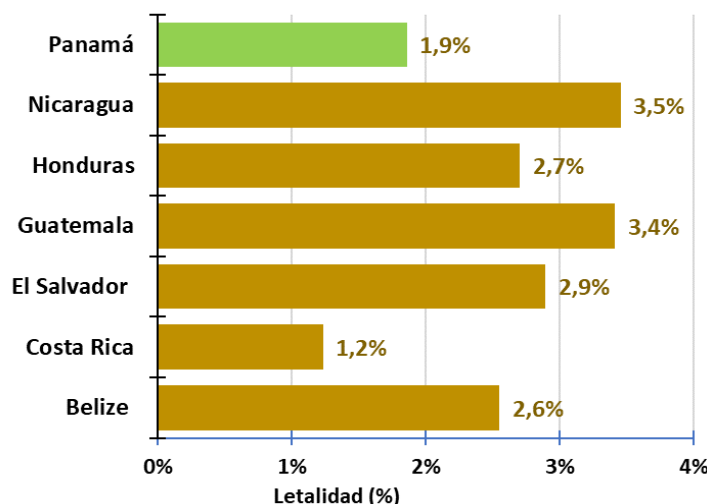


Figura 16. Letalidad por COVID-19, primeros 20 países de América al 29 de noviembre de 2020



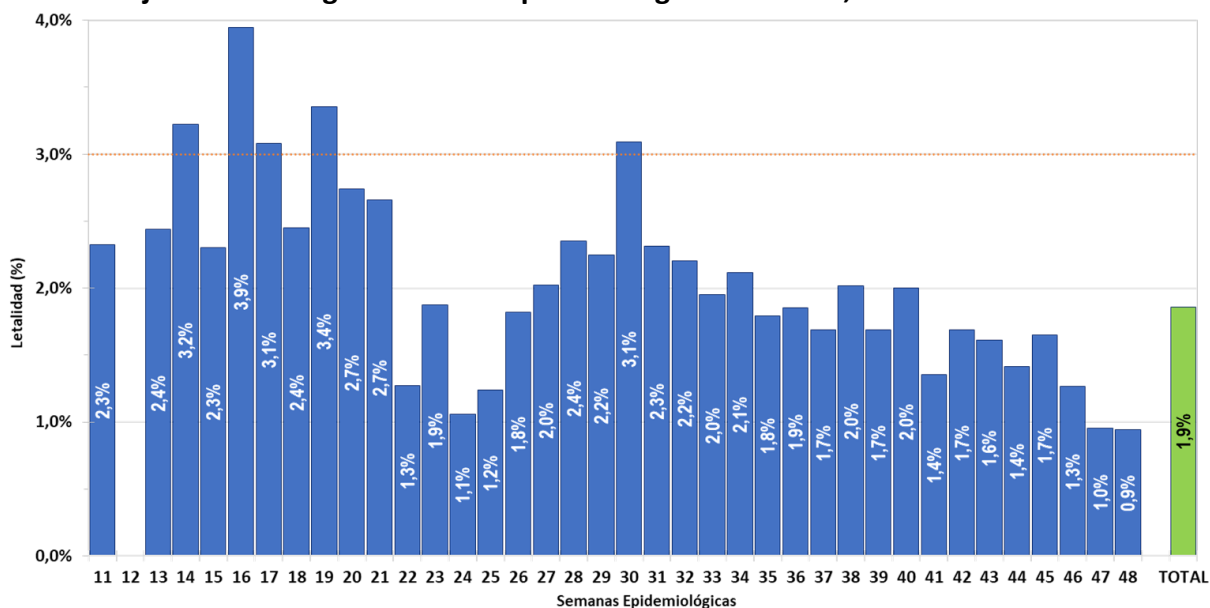
¹. Este indicador se refiere a las personas que mueren sobre el total de población, y se expresa por 100.000 habitantes.

Figura 17
Letalidad por COVID-19 en países de Centroamérica, noviembre 29 de 2020



Desde la SE 20 a la 48, la letalidad ha oscilado entre 1,1 a 3,1%, con una letalidad de 0,9% en la SE 48 y una letalidad general del 1,9%. (figura 18).

Figura 18
Porcentaje Muertes según Semanas Epidemiológicas. Panamá, 09-Mar a 28-Nov de 2020



Panamá continúa registrando la más alta incidencia entre los países de las Américas, con 3.850,2 casos acumulados por cada 100.000 habitantes hasta el 29 de noviembre, ocupando así el primer lugar tanto en incidencia como en casos acumulados entre los países de Centroamérica (164.729 casos); así mismo, es el país con la mayor tasa de incidencia entre todos los países de las Américas, estando por encima de la tasa promedio para la Región de 2.549 x 100.000 habitantes (figuras 19, 20 y 21).

Figura 19
Incidencia de COVID-19 por Países,
noviembre 29 de 2020

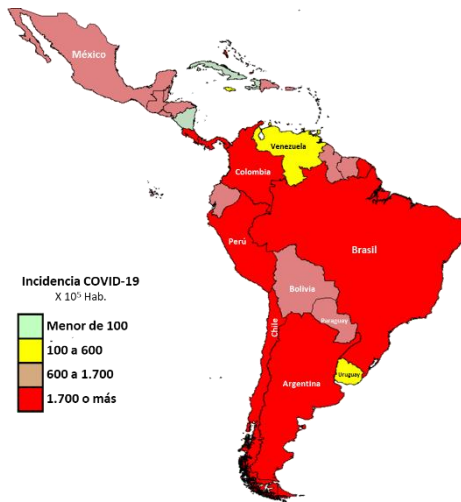


Figura 20
Incidencia por COVID-19, primeros 20 países de
América al 29 de noviembre de 2020

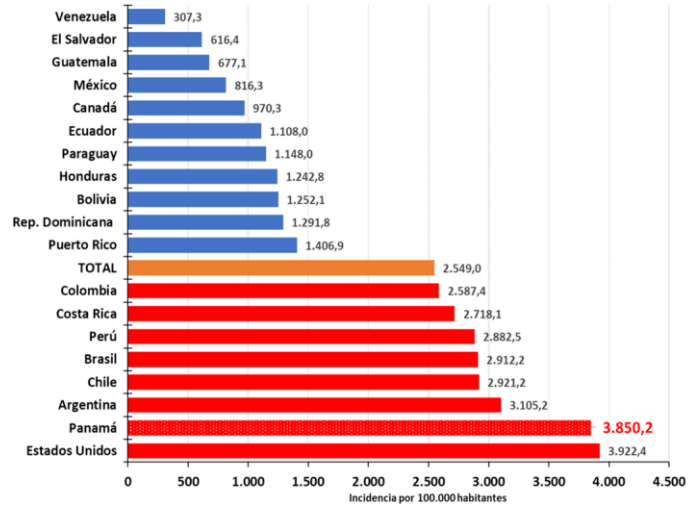
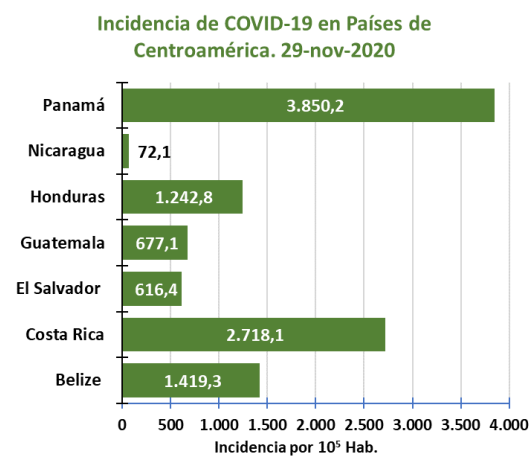
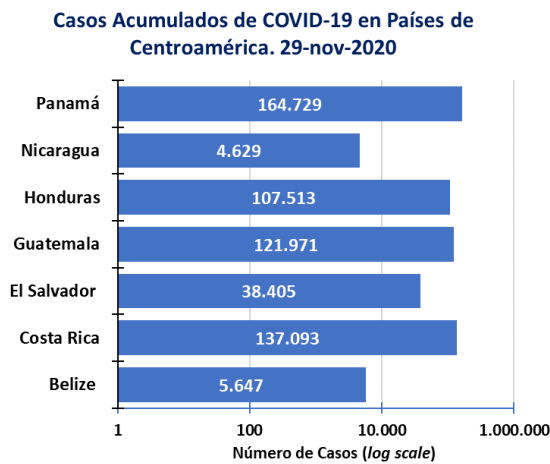
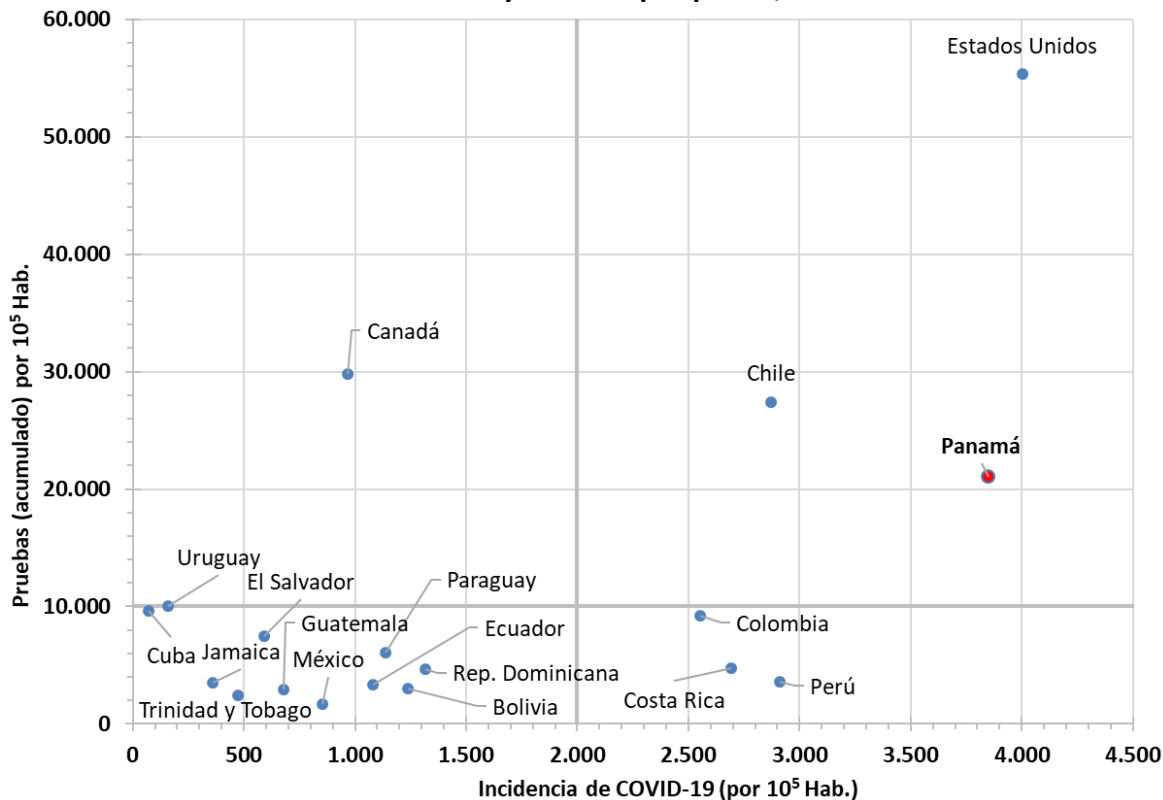


Figura 21
Casos e Incidencia de COVID-19 en países de Centroamérica, noviembre 29 de 2020



Si bien Panamá muestra la incidencia más alta de COVID-19 en América, es de los países que más pruebas de diagnóstico realiza (210.406 pruebas por millón de habitantes), siendo superada sólo por Chile (274.383 pruebas por millón de habitantes), Canadá (298.038 pruebas por millón de habitantes) y Estados Unidos (553.310 pruebas por millón de habitantes). (figura 22). El análisis a gran escala de la población del país permite tener una cifra más cercana a la real de infectados.

Figura 22
Incidencia de COVID-19 y Pruebas por países, noviembre 29 de 2020



Con relación a la distribución geográfica de los casos por regiones de salud hasta el 28 de noviembre, el 72,3% de los casos se distribuyen en las siguientes seis regiones: Metropolitana con 24,6% (40.289 casos), Panamá Oeste con 18,5% (30.307 casos), San Miguelito con 11,4% (18.595 casos), Panamá Norte con 7,3% (11.912), Veraguas con 5,9% (9.595 casos) y Panamá Este con 4,6% (7.463 casos). Las nueve regiones restantes contribuyen con el 27,7% de los casos. (figura 23).

Las mayores tasas de incidencia las aporta Panamá Este con 5.938,9 casos por 100.000 habitantes, Darién con 5.754,3 casos por 100.000 habitantes, San Miguelito con 4.881,9 casos por 100.000 habitantes, Panamá Oeste con 4.997,4 casos por 100.000 habitantes, la Metropolitana con 4.672,3 casos por 100.000 habitantes, y Panamá Norte con 4.143,7 casos por 100.000 habitantes. (figura 23).

En seis de las regiones de salud se concentra el 81,2% del total de casos activos hasta el 28 de noviembre, éstas son: La Metropolitana con 4.686 casos (25,9%), Panamá Oeste con 4.597 (25,4%), San Miguelito con 1.928 casos (10,7%), Chiriquí con 1.135 (6,3%), Panamá Norte con 1.352 casos (7,5%) y Veraguas con 977 casos (5,4%).

Las regiones que tienen menos casos activos son: Ngäbe Buble con 63 (0,3%), Bocas del Toro con 68 (0,4%) y Los Santos con 181 casos (1,0%). (figura 24).

Figura 23
COVID-19 en Regiones de Salud de Panamá – Casos e Incidencia, 28-Nov-2020

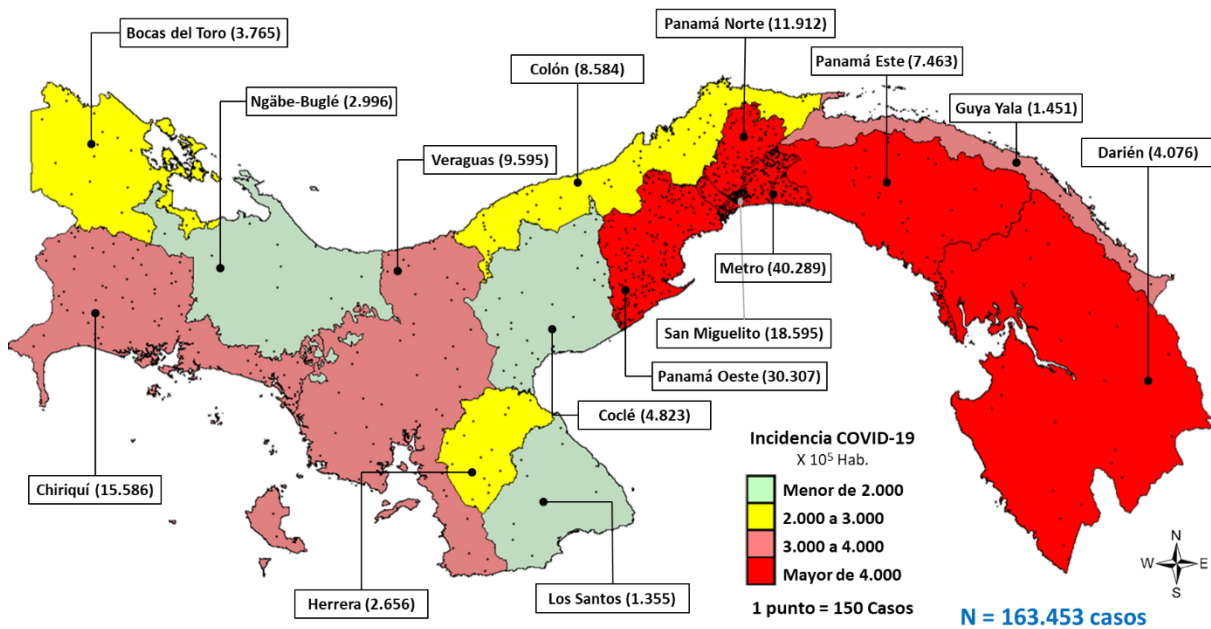
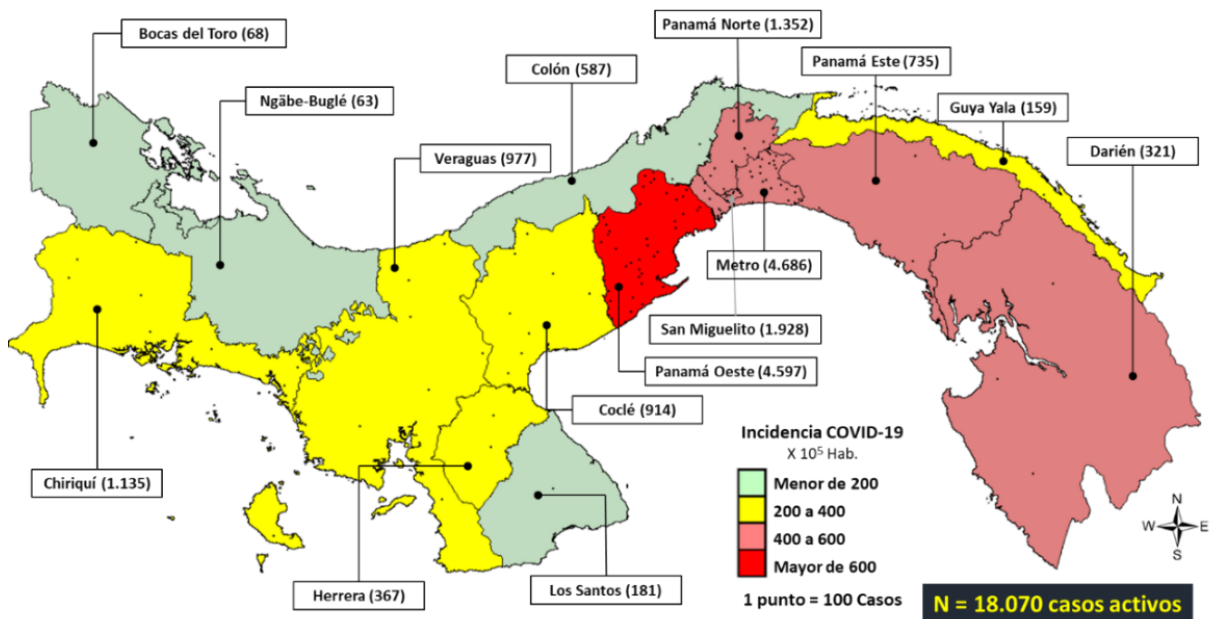
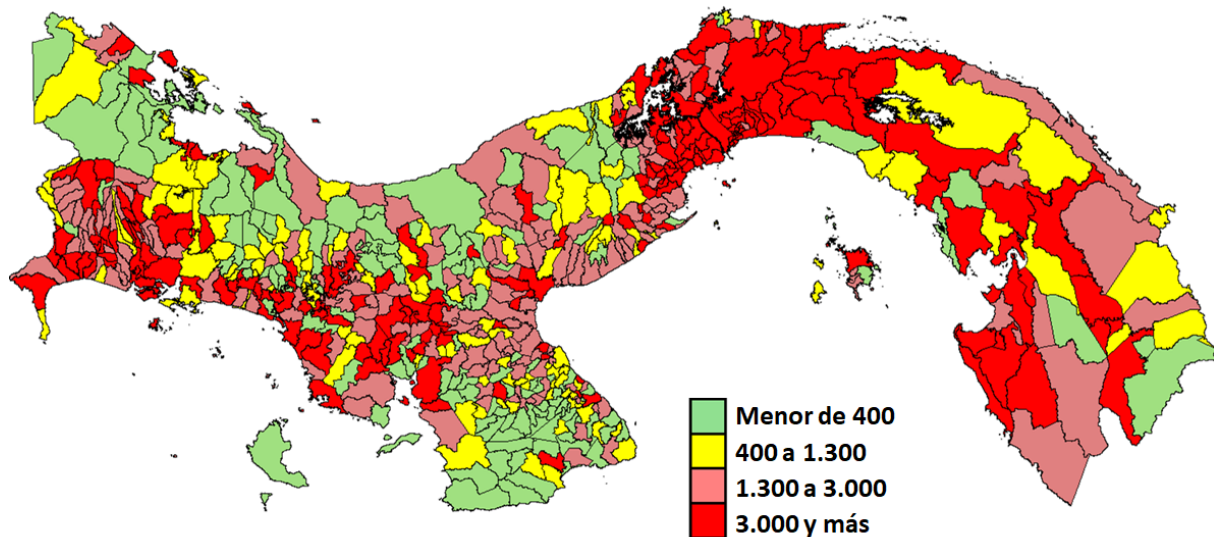


Figura 24
COVID-19 en Regiones de Salud, Panamá – Casos Activos e Incidencia, 28-Nov-2020



Entre los 10 corregimientos con más alta incidencia de casos se encuentran: San Martín de Porres (Veraguas) con 60.189,2 casos por 100.000 hab., Herrera (Panamá Oeste) con 26.216 casos por 100.000 hab., Pedregal (Chiriquí) con 22.041,6 casos por 100.000 hab., Jingurudo (Darién) con 16.527,5 casos por 100.000 hab., San José (Veraguas) con 14.726,5 casos por 100.000 hab., Bugaba (Chiriquí) con 12.589,6 casos por 100.000 hab., Río Sábalo (Darién) con 12.464 casos por 100.000 hab., Santa Fe (Darién) con 12.338,3 casos por 100.000 hab., Santa Isabel (Colón) con 11.799,4 casos por 100.000 hab., y David (Chiriquí) con 11.056,7 casos por 100.000 hab. (figura 25).

Figura 25
Incidencia COVID-19 por corregimientos de Panamá, noviembre 28 de 2020



Entre los 10 corregimientos con más alta incidencia de casos activos figuran: San José (Veraguas) con 5.189,3 casos por 100.000 hab., Herrera (Panamá Oeste) con 4.109,9 casos por 100.000 hab., San Martín de Porres (Veraguas) con 2.837,5 casos por 100.000 hab., Utira (Veraguas) con 2.832,9 casos por 100.000 hab., Los Asientos (Los Santos) con 2.466,1 casos por 100.000 hab., El Marañón (Veraguas) con 2.172,2 casos por 100.000 hab., Pedregal (Chiriquí) con 2.122,9 casos por 100.000 hab., Playa Leona (Panamá Oeste) con 1.736,3 casos por 100.000 hab., Chame (Panamá Oeste) con 1.712,4 casos por 100.000 hab., y Río Congo (Darién) con 1.546,4 casos por 100.000 hab. (figura 26).

Los corregimientos con más casos activos se encuentran en la región Metropolitana: Vista Alegre (757), Tocumen (542), Juan Díaz (482 casos), San Francisco (417) y 24 de Diciembre (371); en Panamá Oeste en Arraiján (478), Barrio Colón (383) y Juan D. Arosemena (361); en Panamá Este en Pacora (397) y en Panamá Norte en Ernesto Córdoba Campos (339). (figura 26).

Entre los 10 corregimientos que confirmaron más casos en la SE 48 con respecto a la semana anterior (SE 47) se encuentran en la región de San Miguelito en Belisario Frías (193/79), Rufina Alfaro (171/92) y Amelia Denis de Icaza (181/116); en la Metropolitana en Pedregal (204/91), Betania (200/114), Tocumen (297/223), Juan Díaz (267/198), San Francisco (239/171), Veracruz (123/56) y Don Bosco (152/94). (figura 27).

Figura 26
Incidencia (casos activos) COVID-19 por corregimientos de Panamá, noviembre 28 de 2020

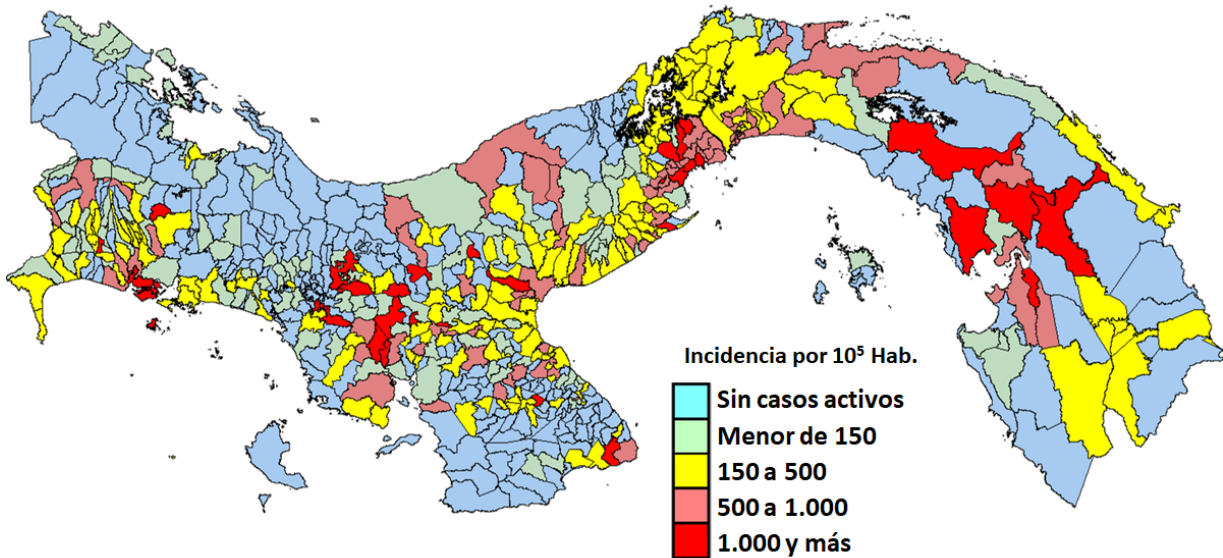
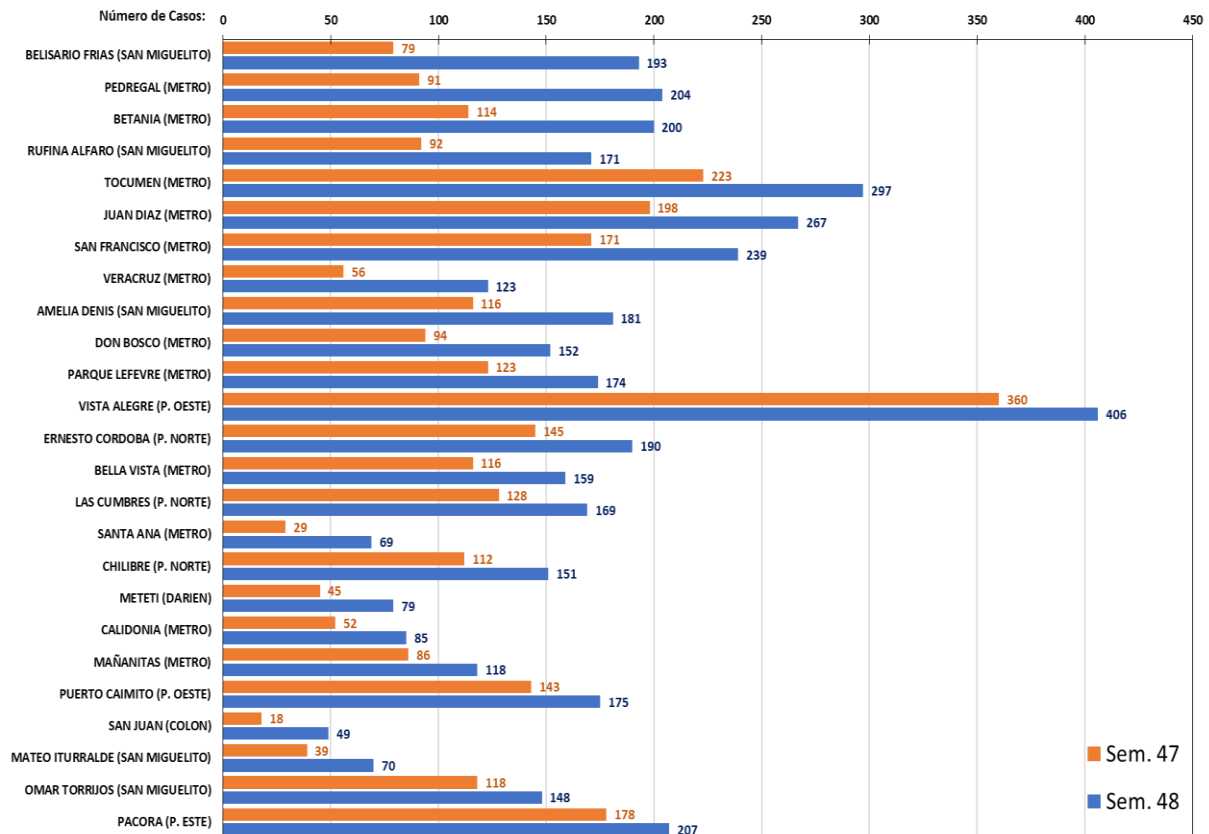
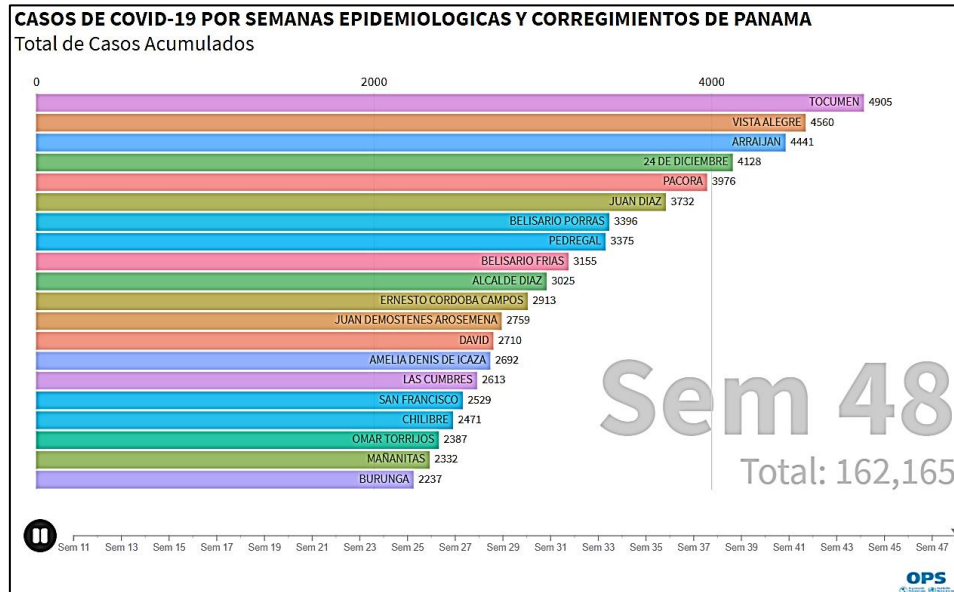


Figura 27
Corregimientos reportando mayor número de casos (cambio entre semanas epidemiológicas 47 y 48)



Para consultar la evolución de los casos de COVID-19 por semanas epidemiológicas y corregimientos de Panamá, ingrese al siguiente enlace:
<https://public.flourish.studio/visualisation/4211010/>

Figura 28

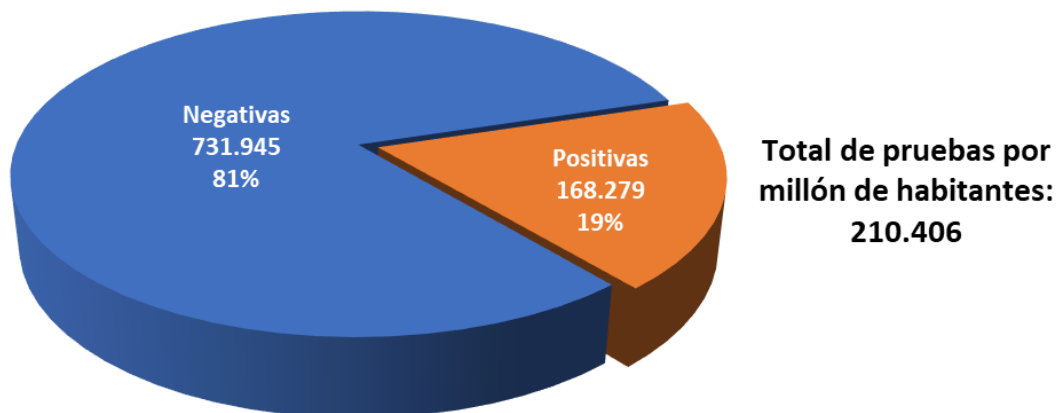


Pruebas Diagnósticas para COVID-19 en Panamá

En el periodo comprendido entre el 9 de marzo y el 29 de noviembre, se tiene un acumulado de 900.224 pruebas realizadas a la población, entre pruebas antigénicas y de RT-PCR; con 8.698 nuevas pruebas en las últimas 24 horas y 68.145 nuevas pruebas desde el pasado reporte del 22 de noviembre. Esto significa que se están realizando 210.406 pruebas por cada millón de habitantes (Figura 29).

Figura 29

Pruebas Antigénicas y de RT-PCR para COVID-19 en Panamá, acumulado a 29-Nov-2020

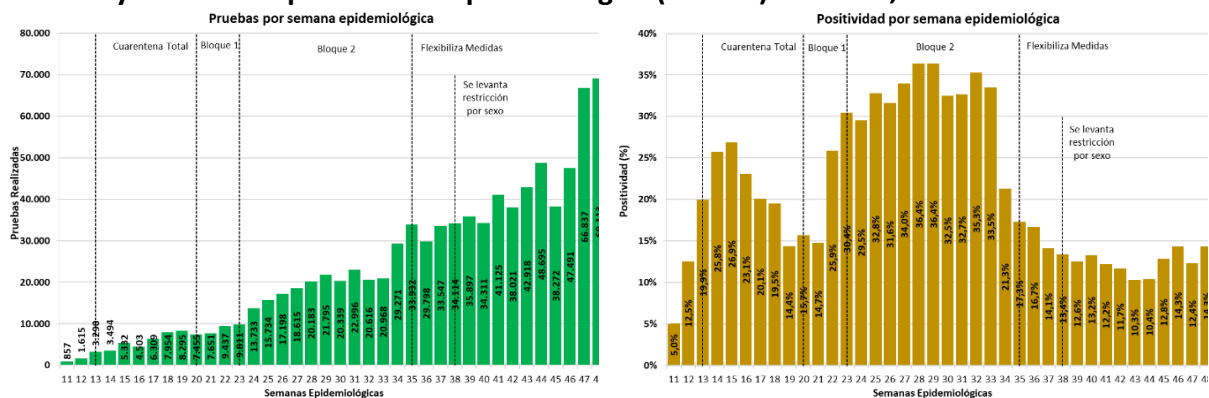


La figura 30 muestra el incremento progresivo en el número de pruebas y la variación en la positividad por SE. En el periodo comprendido entre la SE 28 a la 33 se superaron las 20 mil pruebas semanales, con aumento progresivo desde la SE 34 (29.271 pruebas) hasta alcanzar las 66.837 y 69.113 pruebas antigénicas y de RT-PCR en la SE47 y SE 48 respectivamente.

En el periodo comprendido entre la SE 22 a 33, se observa el mayor porcentaje de positividad², que varió entre un 25,9 y un máximo de 36,4%, mismo valor que fue reportado consecutivamente en las SE 28 y 29. Desde la SE 34 en que se aumenta el volumen de pruebas se observa un descenso progresivo de la positividad hasta llegar al 10,3% y 10,4% en las SE 43 y SE 44; sin embargo, desde la SE 45 a 48 se ha tenido incremento, variando entre 12,4% en la SE 47 a 14,3% en la SE 46 y en la última SE 48. (figura 30).

El volumen de pruebas requeridas para la detección de casos igualmente muestra cambios importantes. Entre la SE 19 y 21 se obtenía una prueba positiva por cada 7 pruebas procesadas, luego desde la SE 22 a la SE 33 se aumentó a un caso confirmado por cada 3 pruebas. Desde la SE 34 se incrementa el número hasta las SE 43 y 44 que se tienen 10 pruebas efectuadas por cada caso que se identifica positivo; no obstante, en las últimas cuatro semanas se ha mantenido entre 8 (SE 45 y SE 47) y 7 (SE 46 y SE 48). (figura 31).

Figura 30
Pruebas y Positividad por Semana Epidemiológica (11 a 48). Panamá, 09-Mar a 28-Nov 2020

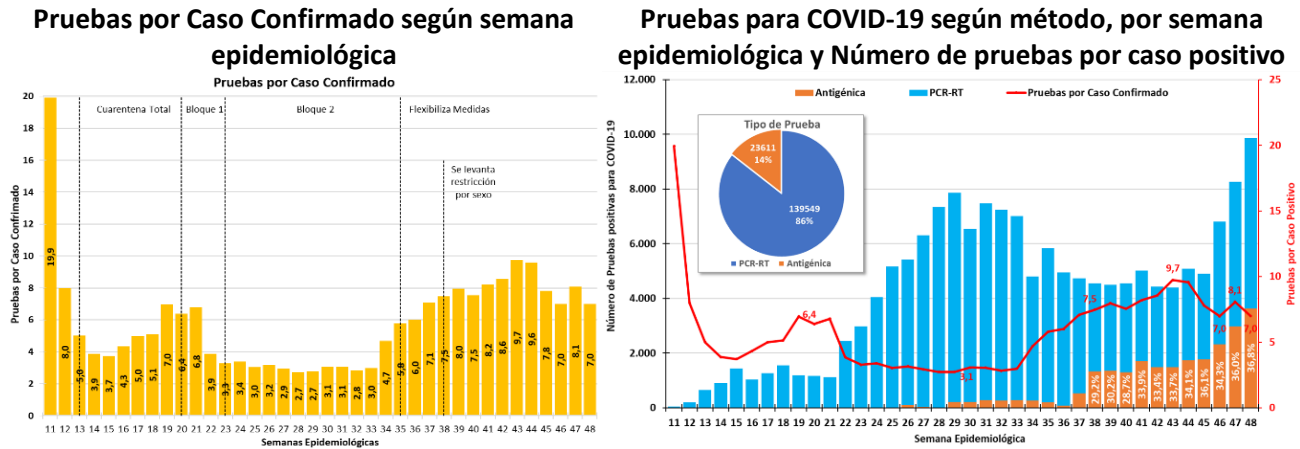


Del total de pruebas efectuadas hasta la fecha, el 86% (139.549) corresponden a pruebas de RT-PCR y el 14% (23.611) a pruebas rápidas de detección de antígeno; estas últimas han presentado un incremento del 36% y más en las SE 45, 47 y 48 (figura 31).

². Se estima con el número de pruebas con resultado positivo sobre el total de pruebas realizadas por 100.

Figura 31

Panamá, 09 marzo – 28 noviembre 2020 (semanas epidemiológicas 11 a 48)



En la figura 32, muestra la meta fijada por las autoridades de salud para aumentar la realización de pruebas hasta llegar a las 10.000 pruebas diarias. En la SE 47 (14 de noviembre) se tuvo un promedio de 9.548 pruebas diarias y en la SE 48 (22 de noviembre) de 9.726, lo que ha permitido detectar a las personas infectadas, identificar sus contactos e implementar las medidas de aislamiento y cuarentena.

En la figura 33, se observa desde SE 34 (16 de agosto) un incremento en el promedio móvil pruebas por día sobre las 5.000 hasta superar las 7.000 pruebas en promedio a partir de la SE 46 y cerca de llegar al promedio de las 10.000 en las dos últimas semanas (SE47 y SE 48). El pico máximo de la media móvil de positividad alcanzó el 38,6% el 16 de agosto (SE 34), presentando una reducción del 62,4% hasta el 28 de noviembre (SE 48), semana en la que se registró un promedio móvil (7 días) de positividad de 14,5%.

Figura 32
Pruebas Realizadas y Casos Nuevos de COVID-19. Panamá, Semanas Epidemiológicas 11 a 48 (marzo 9 a noviembre 28 2020)

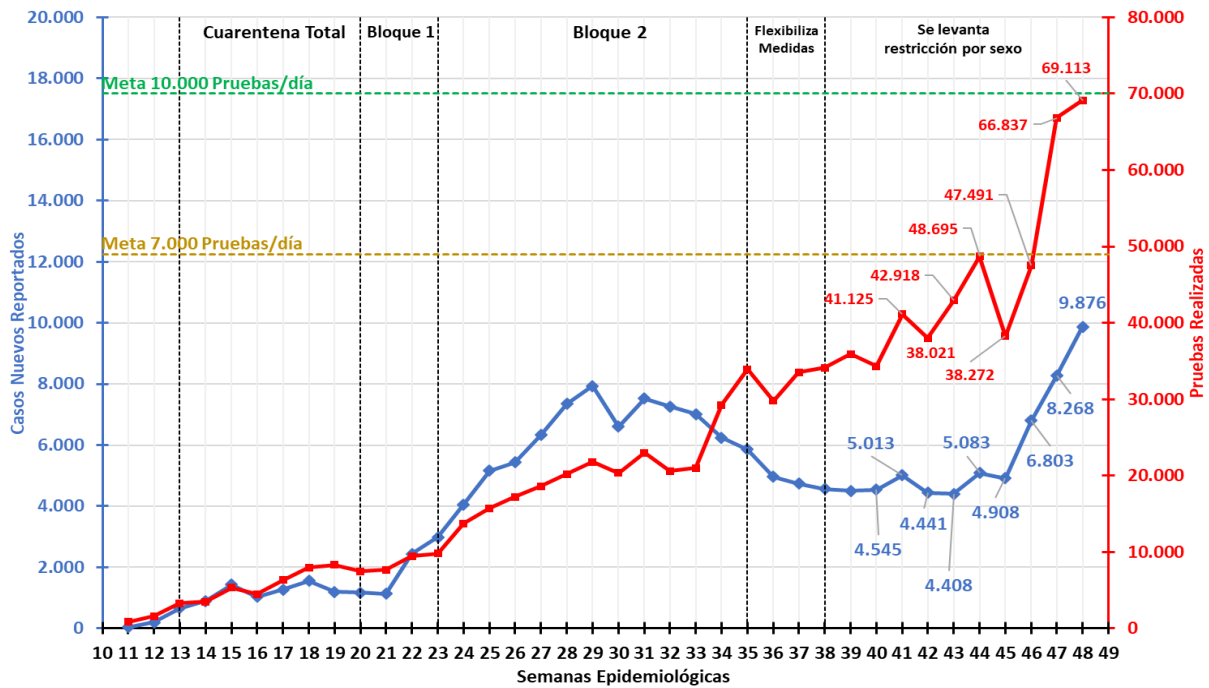
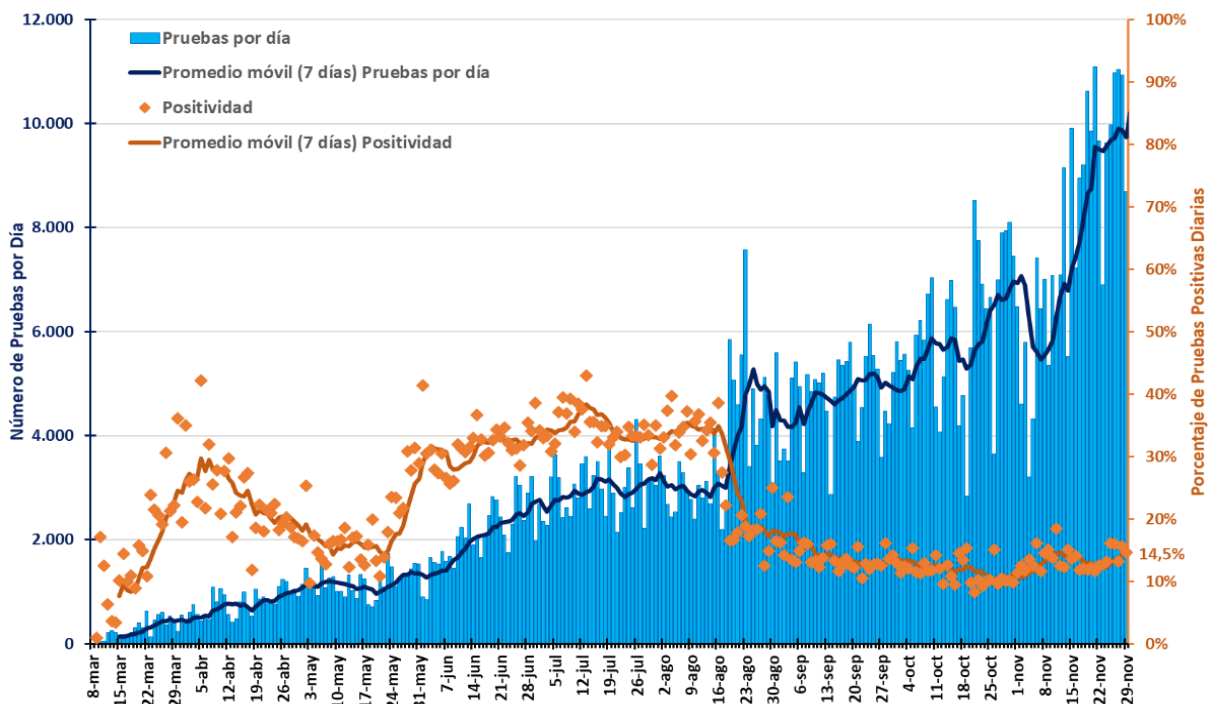


Figura 33
Número de Pruebas Reportadas y Porcentaje de Pruebas Positivas por Día Panamá, 09 marzo – 29 de noviembre 2020



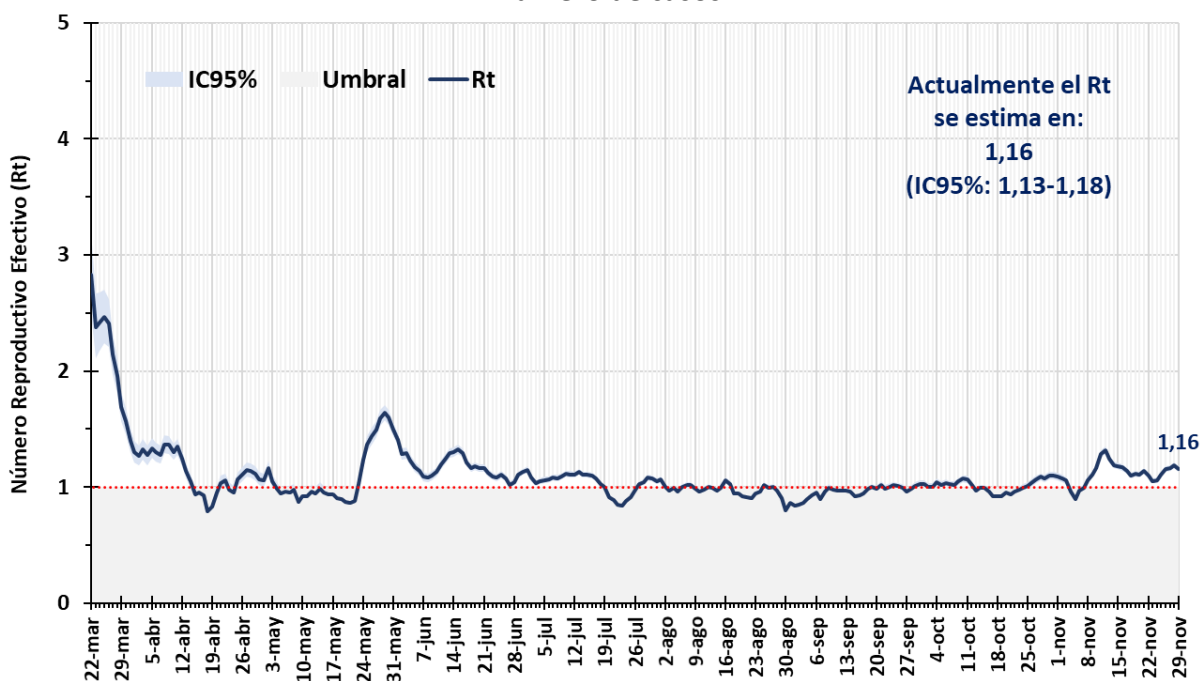


TENDENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS

En la figura 34 se observa la evolución del R_t (número efectivo de casos secundarios por caso de infección en una población) desde el inicio de la epidemia. Se partió de un R_t efectivo de más de 5,5 que descendió progresivamente y se mantuvo alrededor de 1,0 durante el mes de mayo hasta el 11 de junio en donde se tuvo un $R_t=1,63$, uno de los más altos registrados en el periodo. Desde entonces y hasta el 26 de julio, el R_t fluctuó con valores ligeramente superiores a 1.

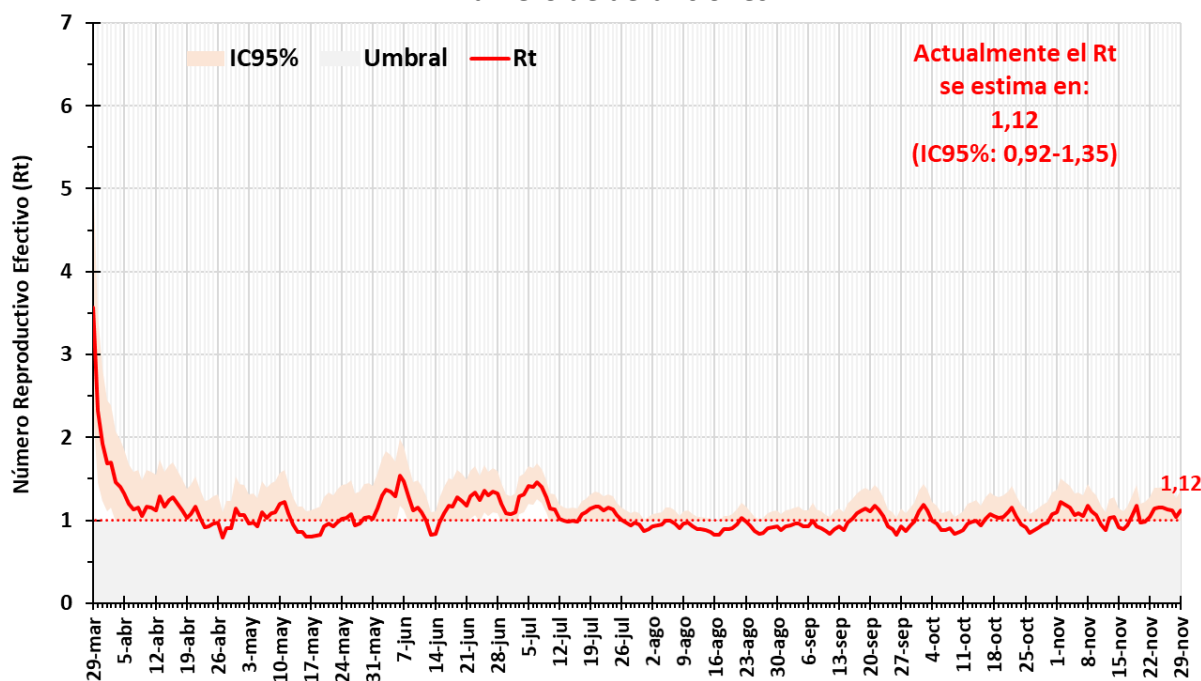
A partir de la primera semana de agosto se ha observado una tendencia cercana a 1, con variaciones del R_t de 1,13 (al 1° de agosto) a un $R_t=0,96$ (el 29 de agosto). En septiembre (SE 36 a 39), el R_t varió entre 0,87 y 1,0; en octubre, un R_t permaneció muy cerca de 1 (1,01 en la SE 40; 1,02 en las SE 41 y SE 42 y 0,92 SE 43). Después de la SE 43 se ha tenido un incremento gradual del R_t , pasando de 1,04 a un $R_t=1,16$ (IC95%: 1,13-1,18) en la SE 48. Esto significa que continúa aumentando la tasa de transmisión a más de una persona y, por consiguiente, el ritmo o velocidad de propagación de la epidemia.

Figura 34
Número de Reproducción Efectivo COVID-19 en Panamá al 29 de noviembre 2020 por número de casos



El Rt para las defunciones, tuvo valores de 1 o inferiores desde finales de agosto, con valores entre 0,88 y 1,05 por nueve semanas (SE 35 a SE 43). Conforme se ha incrementado el Rt de los casos, también se observa aumento progresivo en el Rt de las defunciones desde la SE 43 (Rt=1,05) hasta la SE 46 que se tuvo un Rt=1,11; luego en la SE 47 bajó a 1,04 y en la SE 48 aumenta a un Rt=1,12 (IC95%: 0,92 – 1,35). (Figura 35).

Figura 35
Número de Reproducción Efectivo COVID-19 en Panamá al 29 de noviembre 2020 por número de defunciones

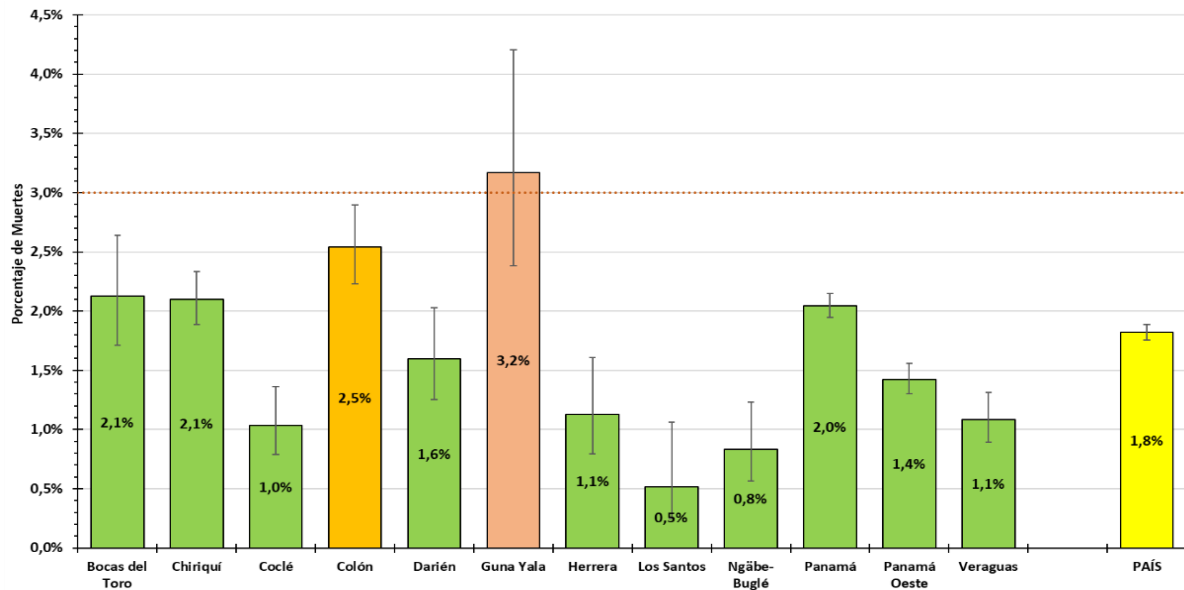


La figura 36 muestra cinco provincias con los mayores porcentajes de letalidad, por encima del promedio nacional (1,8%) estas son: Guna Yala con el 3,2%, Colón con 2,5%; Chiriquí, y Bocas del Toro con el 2,1% y Panamá con 2,0%; las siete provincias restantes tienen una letalidad entre 0,5% y 1,6%.

En esta semana se tienen ocho provincias con un Rt mayor a 1, estas son: Darién, Panamá y Herrera con Rt=1,3; esta última provincia pasó de un Rt de 0,9 en la SE 47 a 1,3 en la SE 48; Coclé, Colón y Bocas del Toro con Rt=1,2; Panamá Oeste Rt=1,1; Los Santos y Chiriquí Rt=1,0; Ngäbe-Buglé y Veraguas Rt=0,8; Guna Yala Rt=0,6. (figura 37).

Figura 36

Porcentaje Muertes según Provincias. Panamá, 09 marzo – 28 noviembre 2020



En la figura 38 se muestra la provincia de Panamá Oeste con tres indicadores en “desborde” (color café), de acuerdo con el Plan de Contingencia ante un repunte de casos por COVID-19 del Ministerio de Salud: Rt mayor a 1, disponibilidad de camas en sala menor al 20% y disponibilidad de camas en Unidad de Cuidados Intensivos y en Unidad de Cuidados Respiratorios Especiales (UCI y UCRE) menor al 15%; ocho provincias tienen un indicador en “desborde”, el RT mayor a 1 (amarillo) y tres en “amago de desborde” (color verde).

Figura 37

Número de Reproducción Efectivo COVID-19 en Panamá al 28 de noviembre 2020 por Provincias y número de casos

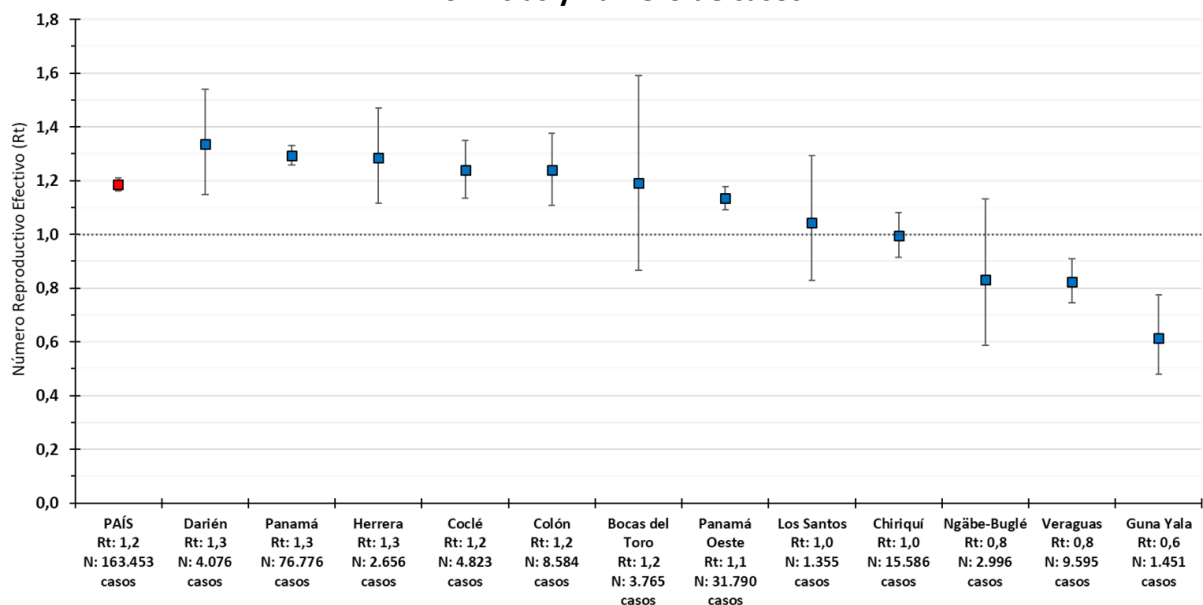
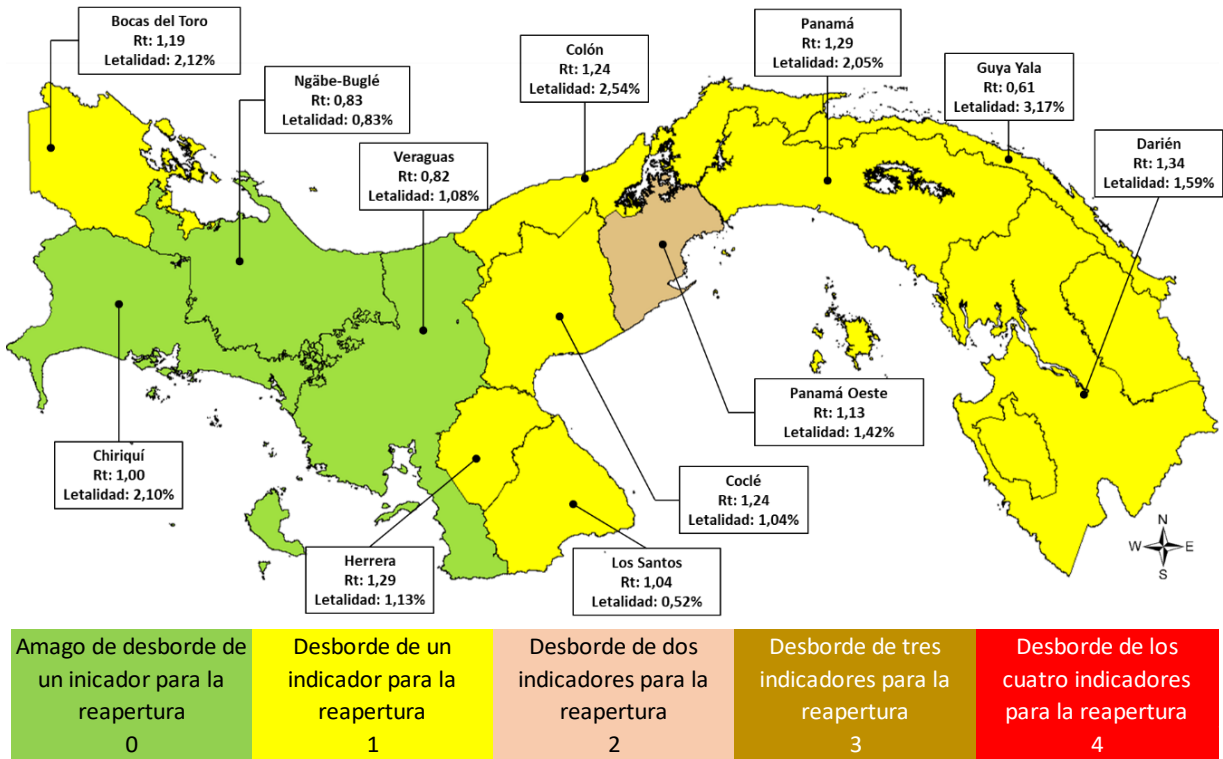


Figura 38
COVID-19 en Provincias de Panamá – Rt y Letalidad, noviembre 28 de 2020



RECOMENDACIÓN TÉCNICA DE LA OPS/OMS

Continuidad de la atención de pacientes con enfermedades no transmisibles (ENT) en las instalaciones del primer nivel de atención durante la pandemia de COVID-19

Antes de que se presentara la COVID-19, el mundo ya estaba lejos de alcanzar muchas de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas, incluida la de reducir la mortalidad prematura por ENT. Se estima que casi una cuarta parte de la población mundial padece una enfermedad preexistente que los hace más vulnerables a la COVID-19; la mayoría de esas enfermedades son ENT.

En la mayor parte de los países las ENT son las principales causas de muerte, enfermedad y discapacidad, causando 41 millones de fallecimientos anuales, lo que representa el 71% de las defunciones en todo el mundo, incluidos los 15 millones de personas de 30 a 69 años que fallecen prematuramente a causa de enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer o enfermedades respiratorias crónicas.

En Panamá, en el 2018, se registraron 19,720 muertes totales de las cuales 14782 (75%) de todas las muertes fueron por alguna Enfermedad No Transmisible (ENT). Datos científicos recientes indican que las ENT y sus factores de riesgo metabólicos, conductuales y ambientales se asocian a una mayor susceptibilidad a la infección por el SARS-CoV-2 y un aumento del riesgo de cursar con un tipo grave de COVID-19 y fallecer.

Según el [Informe de la evaluación rápida de la prestación de servicios para enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 en las Américas](#), de la OPS/OMS, los servicios de prevención y tratamiento de las enfermedades no transmisibles se han visto gravemente afectados desde el comienzo de la pandemia de COVID-19 en la región de las Américas.

Este informe, basado en la aplicación de una encuesta virtual, fue completada a nivel global por 158 países y a nivel regional por 28 Estados Miembros de la OPS durante un período de cuatro semanas, confirmó que el impacto es mundial y que *“la interrupción de los servicios de salud de rutina constituye una amenaza para la salud de las personas que viven con enfermedades crónicas”*.

También se concluyó que en la mayoría de los países se han establecido estrategias alternativas destinadas a posibilitar que las personas más vulnerables sigan recibiendo tratamiento contra las ENT, entre ellas la telemedicina, la aplicación del Triage para determinar las prioridades de atención, adopción de dispensaciones novedosas de medicamentos para ENT y redireccionamiento de pacientes a lugares de atención alternativos.

El primer pilar del [Marco de las Naciones Unidas para la Respuesta Socioeconómica Inmediata ante la COVID-19](#) es la continuidad de los servicios de salud esenciales que salvan vidas, incluso durante la pandemia, especialmente en el caso de las poblaciones vulnerables y marginadas. La adopción de medidas en sectores distintos al de la salud es fundamental para poner en práctica actividades de respuesta eficaces, establecer prioridades y propiciar alianzas más sólidas ante la COVID-19 y las ENT.

En Panamá, la Universidad de Panamá y la OPS/OMS desarrollaron el proyecto “*Telecuidados y Teleducación en Salud*”, estrategia de Atención Primaria Integral, a través de un diplomado para la capacitación de las enfermeras de atención primaria, integrando herramientas ya existentes como la estrategia HEARTS, el cual obtuvo importantes resultados orientados a la transformación de la atención primaria de salud, logrando la atención de más de 500 pacientes, con diagnósticos de hipertensión, diabetes, VIH y otras.

El desarrollo de este proyecto y los logros obtenidos es un ejemplo de cómo el sector educativo, a través de una alianza sólida, puede integrar las ENT en las actividades de respuesta a la COVID-19 y posterior recuperación, con arreglo a las circunstancias y prioridades nacionales.

Es fundamental informar a la población sobre los riesgos para la salud que plantea la COVID-19. Además, los servicios de salud deben adaptarse para mantener los servicios esenciales para ENT con el fin de garantizar la continuidad de la atención durante la pandemia de COVID-19. La OPS/OMS en su documento [Mantenimiento de servicios esenciales para las personas que tienen enfermedades no transmisibles durante la COVID-19](#), menciona una serie de cuestiones fundamentales para ser tomadas en consideración para el mantenimiento de los servicios de salud esenciales para la atención de las personas con alguna ENT durante la pandemia de COVID-19.

Recomendaciones

1. Informar y empoderar a las personas con ENT para asegurar que conozcan las estrategias comprobadas de autocuidado de las enfermedades crónicas que pueden prevenir las exacerbaciones de su enfermedad, las maneras de acceder sin interrupción a su suministro de medicación, su mayor riesgo de un cuadro grave si contraen la COVID-19, los signos y síntomas de una exacerbación de sus enfermedades crónicas, cómo comunicarse con un prestador de servicios en el caso de que lo necesite (asesoramiento, emergencia o urgencia).

2. Acceso a los medicamentos esenciales por medio de la educación de los pacientes sobre la importancia de continuar la medicación durante la pandemia y el acceso seguro a la medicación (farmacia o domicilio), y la garantía a nivel del gobierno de una cadena de suministro segura.
3. Mantenimiento de los servicios de atención, el cual dependerá de la situación de la COVID-19 en cada lugar. En todos los escenarios, la capacidad de comunicarse con un prestador por teléfono o mediante el servicio de telesalud es fundamental para asegurar el acceso continuo a los servicios esenciales para las ENT.
4. Mantenimiento de la atención especializada, incluyendo servicios de diálisis, atención de personas con cáncer, acceso a la atención de urgencia de personas con ENT, entre otros.
5. Establecimiento, mantenimiento y seguimiento de los servicios de telesalud de calidad con el fin de facilitar la comunicación ininterrumpida entre los pacientes y los prestadores para controlar las exacerbaciones leves y evitar la necesidad de consulta presencial u hospitalización, y asegurando también que los grupos vulnerables tengan acceso equitativo a la atención sin olvidar la necesidad de la optimización de la capacidad del personal de salud
6. Fortalecimiento de los programas contra las ENT, especialmente mediante la promoción, la inversión en vigilancia e investigación y desarrollo, planes de respuesta a los desastres y esfuerzos de prevención.

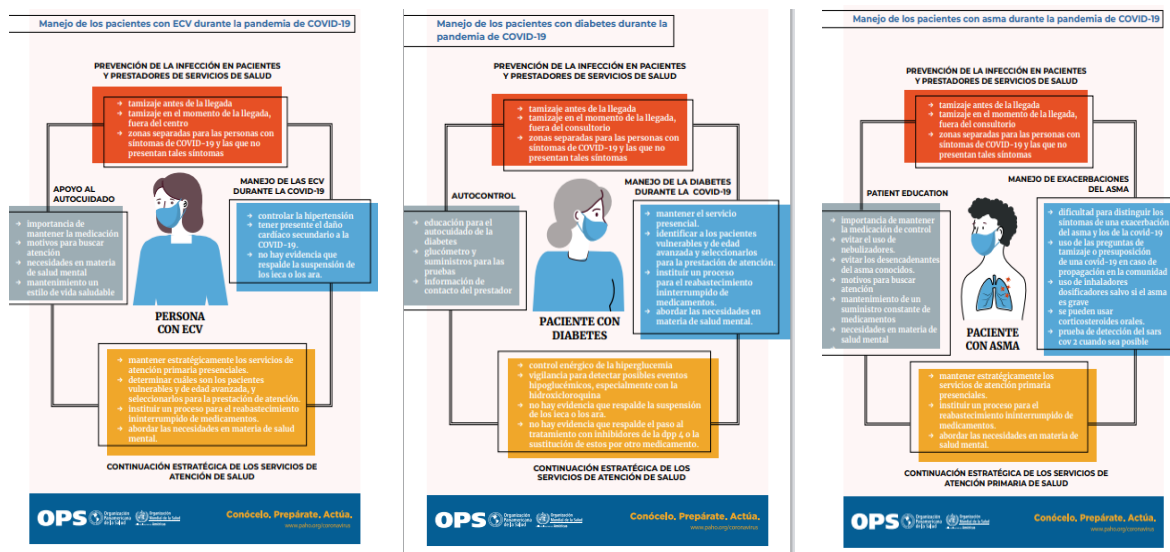
Mantenimiento de los servicios de salud esenciales para personas con enfermedades no transmisibles

Las personas que tienen alguna ENT necesitan tener acceso a los servicios de atención de salud para prevenir y tratar las exacerbaciones de su enfermedad que podrían llevar a una considerable morbilidad y mortalidad.



Cuando se produce una propagación generalizada de la COVID-19 en la comunidad, la prestación de servicios a las personas con ENT debe sopesarse con el riesgo de exposición al coronavirus. La determinación de las prioridades de los servicios de salud esenciales para las personas con ENT depende del nivel de transmisión local de la COVID-19.

NIVEL DE TRANSMISIÓN DE LA COVID-19	TENDENCIAS DE LOS CASOS DE COVID-19	SERVICIOS AMBULATORIOS PARA LAS ENT	SERVICIOS DE ATENCIÓN DE URGENCIA PARA LAS ENT
Sin transmisión en la comunidad [Fase 2: casos esporádicos; y fase 3: conglomerados de casos]	El número de casos y muertes se reduce en forma sostenida	- Reanudación de todas las funciones del centro de salud primaria usando EPP apropiado y detección adecuada previa a la consulta. - Los servicios de teleasistencia pueden usarse para apoyar las consultas presenciales.	- El acceso a la atención de urgencia debe permanecer abierto, con acceso aislado para los pacientes con ENT sin COVID-19
Transmisión comunitaria [Fase 4: transmisión comunitaria]	El número de casos se estabilizó o sigue aumentando	- Mantenimiento de los servicios de teleasistencia y reducción al mínimo de las consultas presenciales. - Mantenimiento de los servicios de diálisis y quimioterapia.	- El acceso a la atención de urgencia debe permanecer abierto, con acceso aislado para los pacientes con ENT sin COVID-19



Referencias

- https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335827/WHO-2019-nCoV-Non-communicable_diseases-Policy_brief-2020.1-spa.pdf
- [Manejo de las personas con hipertensión y enfermedades cardiovasculares durante la pandemia de COVID-19, 3 de junio del 2020](#)
- [Las ENT de un vistazo: Mortalidad de las enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas.](#) Organización Panamericana de la Salud.



RESPUESTA A POBLACIONES VULNERABLES Y ACCIONES DE GOBIERNO

- La Dirección General del Sistema Penitenciario del Ministerio de Gobierno reporta 2.675 casos confirmados hasta el 25 de noviembre, con un aumento de 104 casos en relación con el informe previo del día 9 de noviembre. Hasta la fecha se ha recuperado el 95.7% de los casos (2.560) manteniendo solo un 4.2% de casos activos (112). Los casos nuevos registrados en estas últimas dos semanas a los Centros penitenciarios de Penonomé (101), Nueva Esperanza (1) y Pacora (2). El resto de los centros penitenciarios no han notificado casos nuevos, manteniéndose concentrados los casos activos en 5 instalaciones. No hubo variaciones en el número de fallecimientos (6). [Privados de libertad y Covid-19](#)

Centro	Positivos Total	Recuperados	Positivos Activos	Hospitalizados	Defunciones
La Nueva Joya	379	379	–	–	–
Santiago	313	312	–	–	1
Chiriquí	252	251	–	–	1
Cefere	219	219	–	–	–
Tinajitas	150	150	–	–	–
Aguadulce	110	110	–	–	–
Nueva Esperanza	33	32	1	–	–
Transición Tocumen	15	15	–	–	–
Transición La Chorrera	16	16	–	–	–
Los Algarrobos	1	1	–	–	–
La Joya	66	65	1	–	2
Bocas del Toro	31	31	0	–	–
La Joyita	33	31	2	–	1
Las Tablas	151	151	0	–	–
El Renacer	143	142	0	–	1
Chitré	238	238	0	–	–
Centro custodia Pacora	29	27	2	–	–
Transición Darién	5	5	0	–	–
Penonomé	491	385	106	–	–
Total	2,675	2,560	112	0	6



ACCIONES DE GOBIERNO Y DEL SECTOR SALUD

- El gobierno nacional publica el [Decreto Ejecutivo N° 1360 de miércoles 25 de noviembre de 2020](#), por medio del cual se establecen medidas para el retorno al trabajo de las personas vulnerables al contagio por la COVID-19. En este se anuncia la medida de retorno a sus labores de las personas en grupos vulnerables, entre las cuales se encuentran los mayores de 60 años, mujeres embarazadas que no se encuentren en uso de fuero maternal, personas con enfermedades crónicas, entre otros, cumpliendo con las medidas de bioseguridad pertinentes, y plantea otro tipo de modalidades de trabajo para casos estudiados de manera particular. Además, se autoriza el retorno al sitio de labores de manera 100% presencial a los trabajadores del sector privado, entre otras disposiciones.

- El Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de Salud dio inicio al **Estudio nacional de seroprevalencia del SARS-CoV-2 en Panamá**, el cual tiene como principal objetivo evaluar el número real de infecciones, establecer las áreas geográficas más afectadas, así como los grupos etarios de mayor afectación. La primera fase será enfocada en 10 corregimientos que han sido



seleccionados de forma aleatoria, considerando los que han presentado más casos acumulados y cuenta con alrededor de 60 voluntarios de 18 a 35 años de edad, entre universitarios, profesionales y miembros de clubes cívicos.

Este estudio cuenta con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, el Despacho de la Primera Dama, la Gobernación de Panamá, el Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social, el Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría de la República, y la Universidad de Panamá. [gorgas-inicia-estudio-de-seroprevalencia-de-covid-19](#)



OPS **RESPUESTA DE LA OPS/OMS EN PANAMÁ**

- La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud en Panamá en conjunto con el Centro de Operaciones y Control de Trazabilidad Comunitaria (COCYTC) Nacional impartieron el tercer nivel del curso de trazabilidad comunitaria COVID-19 del 24 al 27 de noviembre, con el objetivo generar competencias entre el personal que fue entrenado en los dos niveles anteriores para el seguimiento de casos y contactos COVID-19, y que en su mayoría se integraron a los Equipos Unificados de Trazabilidad – EUT. La OPS/OMS en Panamá reafirma su compromiso con el país para optimizar la estrategia de trazabilidad e insta a las autoridades nacionales para mantener y reforzar el trabajo intersectorial con instituciones, juntas locales y comunales, las alcaldías, promotores de salud, líderes comunitarios, entre otros. [La OPS/OMS en Panamá](#)



- En el marco del *Día mundial de la lucha contra el VIH*, la oficina de la OPS/OMS de Panamá brindó apoyo al programa de VIH, ITS y Hepatitis virales del Ministerio de Salud y al Hospital Santo Tomás para la realización del **III Simposio de VIH/SIDA y Primer Simposio Virtual VIH/SIDA del Hospital Santo Tomás**, los días 01 y 02 de diciembre 2020, cuyo objetivo es evaluar nuevas estrategias de Atención en pacientes VIH durante la pandemia, conocer el impacto del VIH en la patología del envejecimiento prematuro, conversar sobre la TAR en pacientes con factores de riesgo y abordar el enfoque en la Salud de la Mujer con VIH. www.facebook.com/OPSOMSPanama/live/



HOSPITAL SANTO TOMÁS

III SIMPOSIO DE VIH/SIDA
I SIMPOSIO VIRTUAL DE VIH/SIDA
1 Y 2 DE DICIEMBRE

DIRIGIDO A:

- Médicos generales y especialista
- Enfermeras
- Médicos residentes e internos
- Personal de salud

Completamente Gratis
Enlace directo para el simposio por la plataforma Facebook:
<https://www.facebook.com/OPSOMSPanama/live/>
Para información: simposiovihst@gmail.com

Con el apoyo de: Organización Panamericana de la Salud, MSD, STEIN CORP, Sociedad Panameña de Enfermedades Infecciosas, Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, Docencia del HST, Clínica TARV del HST



REFERENCIAS

1. Ministerio de salud de Panamá. www.minsa.gob.pa
2. Comunicado del Ministerio de Salud No. 280
<http://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-280>
3. Conferencias diarias de prensa del Gobierno Nacional de Panamá.
https://www.facebook.com/watch/live/?v=861224491053419&external_log_id=83d205912161db87f26d5a367b52cac8
4. Instituto Conmemorativo Gorgas.
5. [Cronología de actuación ante COVID19 en Panamá](#)
6. COVID-19 en Panamá: Información y recursos:
<https://panama.campusvirtualsp.org/covid-19>
7. Informes de Situación para COVID-19 de Panamá:
<https://www.paho.org/es/taxonomy/term/1066>
8. Casos de COVID-19 por semanas epidemiológicas y corregimientos de Panamá:
<https://public.flourish.studio/visualisation/4211010/>

NOTA:

A partir de la fecha la publicación de este SITREP se realizará de manera quincenal



INSTRUCCIONES

al personal del establecimiento

HIGIENE DE MANOS

Realice higiene de manos con agua y jabón con o sin antiséptico o frotándose con soluciones en base de base alcoholada, cumpliendo los 5 momentos recomendados para la higiene de las manos:



Antes de tocar al paciente



Antes de realizar una tarea limpia /aséptica



Después del riesgo de exposición a fluidos corporales



Después de entrar en contacto con el paciente



Después del contacto con el entorno del paciente

HIGIENE RESPIRATORIA Y MANEJO DE LA TOS



EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP):



OPS



INSTRUCCIONES

al personal responsable de limpieza
y desinfección del establecimiento

LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE SUPERFICIES/MANEJO DE ROPA Y DESECHOS BIOINFECCIOSOS



El manejo de la ropa hospitalaria, los utensilios de los alimentos y los desechos hospitalarios debe hacerse siguiendo los procedimientos de rutina establecidos



La limpieza profunda de las superficies con agua y detergente junto a la desinfección utilizando productos de uso hospitalario como el hipoclorito de sodio, amonio cuaternario o alcohol al 70%



Revisión de pediluvios para recargar con líquido desinfectante.

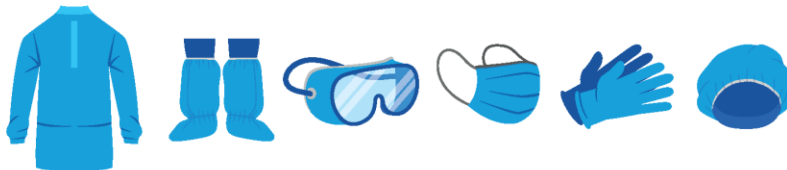


Revisión de dispensadores de gel alcoholado para recargarlos (área de ingreso al establecimiento, pasillos, salas de espera y consultorios).



Revisión en servicios sanitarios, para asegurar disponibilidad de jabón para lavado de manos y toallas de papel desechable.

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP):



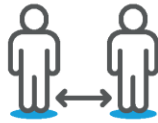


INSTRUCCIONES

Ingreso de usuarios al establecimiento



Antes de ingresar, realizar la limpieza de la suela de sus zapatos, usando el pediluvio.



Distanciamiento físico de las personas al ingreso (**1.8 a 2 metros**) con demarcación en el suelo.



Toma de temperatura a todo aquel que ingrese.



Aplicar gel alcoholado al ingresar



Todos los que ingresen DEBEN usar mascarilla (Cubre bocas)



Si el usuario no tiene mascarilla, se le ofrece una mascarilla y se le explica cómo se utiliza.



Si tiene fiebre, se instruye para que ingrese por la zona de valoración TRIAGE COVID-19.



INSTRUCCIONES

Durante la consulta



Todo consultorio deberá contar con lavamanos, jabón y toallas de papel desechables.



Todo consultorio deberá contar con gel alcoholado.



El profesional de salud deberá limpiar su estetoscopio con alcohol al 70% antes de utilizarlo en otro paciente.



El profesional de salud debe usar el EPP en todo momento para la atención de paciente e higienizarse las manos entre paciente y paciente.



Establecer criterios de TRIAGE para la identificación y atención rápida de los casos.



Orientar a los pacientes sobre la higiene de manos, higiene respiratoria y manejo de la tos en entornos de atención de salud.