

DEPARTAMENTO DE
SALUD



Resumen Ejecutivo
Situación de la Epidemia del COVID-19
en Puerto Rico

Indicadores para Semana Epidemiológica Número 09
2022

Fecha: 9 de marzo de 2022



Resumen Ejecutivo

Situación de la Epidemia de COVID-19 en Puerto Rico

Datos Actualizados al 6 de marzo de 2022

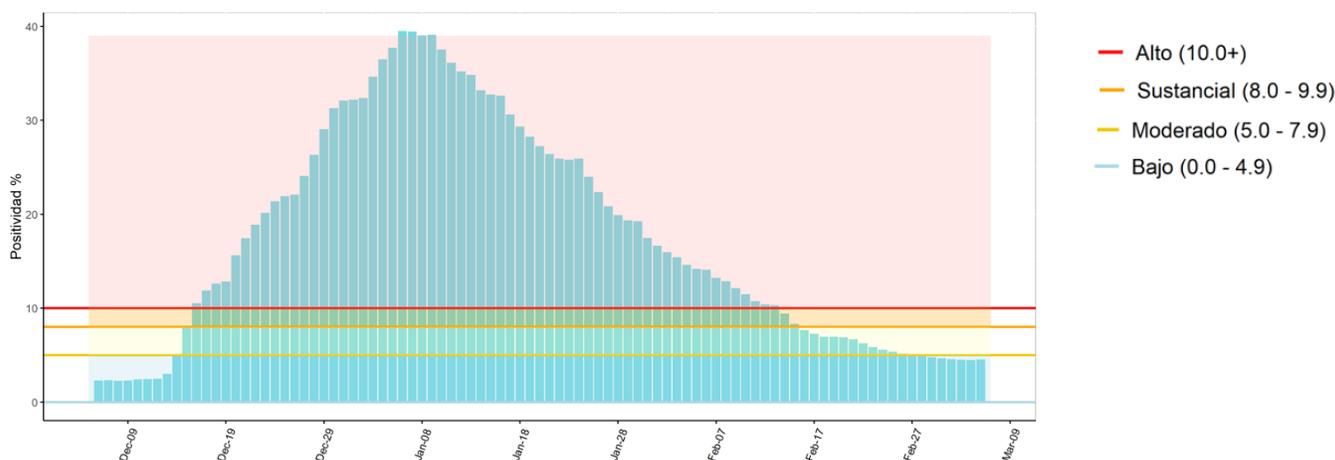
Este resumen ejecutivo incluye indicadores para incidencia, severidad y mortalidad del COVID-19 en Puerto Rico durante el periodo del 6 de diciembre de 2021 al 6 de marzo de 2022. Además, incluye los indicadores específicos para la semana epidemiológica número 9, que comprende el periodo del 27 de febrero de 2022 al 5 de marzo de 2022. Los datos presentados son recopilados y analizados por el Departamento de Salud de Puerto Rico.

Incidencia COVID-19 en Puerto Rico

Periodo: 6 de diciembre de 2021 al 6 de marzo de 2022

En la gráfica 1, se presenta la positividad basada en pruebas moleculares para el periodo de este informe. El indicador de positividad muestra el número de pruebas moleculares positivas entre la totalidad de pruebas moleculares realizadas en un periodo determinado. Los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés), establecen para la clasificación de nivel baja transmisión comunitaria, una positividad menor a 4.9%¹. La tendencia a principios del periodo de este informe (gráfica 1) refleja un estado bajo en positividad, donde la positividad estimada fue de 2.3%. Luego de esta fecha, los datos sobre positividad llegaron a un valor mínimo de 2.3% para el 8 de diciembre de 2021 y a un valor máximo de 39.5% para el 6 de enero de 2022. Al 6 de marzo de 2022, Puerto Rico se encontraba, preliminarmente, en una tendencia de disminución con una positividad estimada de 4.6%, encontrándose en el nivel bajo de transmisión comunitaria (color azul).

Gráfica 1. Positividad basada en pruebas moleculares en Puerto Rico para el periodo 6 de diciembre de 2021 al 6 de marzo de 2022.



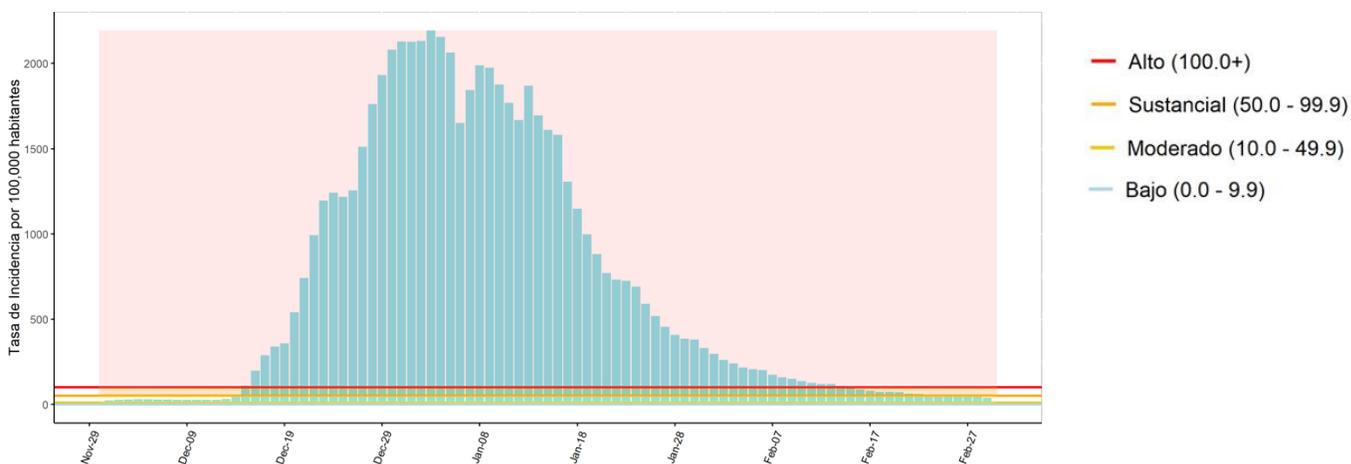
Fuente: Departamento de Salud de Puerto Rico (2022). Ver Nota 1.

¹ CDC (2022). Nivel de transmisión comunitaria. Disponible en: https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#cases_community



Por otra parte, en la gráfica 2, se presenta la tasa de incidencia de casos de COVID-19 por cada 100,000 habitantes para el periodo de este informe. La tasa muestra el número de casos (confirmados y probables no duplicados) entre la totalidad de la población en un periodo determinado. Los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés) establecen el nivel de nivel baja transmisión comunitaria cuando una tasa de incidencia de casos es menor a 10 casos por cada 100,000 habitantes en los últimos 7 días². Al comienzo del periodo de este informe, la gráfica 2 refleja una tendencia moderada bajo el indicador de incidencia, donde la tasa fue 27.9 casos por cada 100,000 personas. Para ese momento, Puerto Rico ya se encontraba en la clasificación de nivel moderado de transmisión comunitaria. A partir de esa fecha, la tasa de incidencia experimento un repunte en aumento de casos llegando a un máximo de 2,188.9 casos por cada 100,000 habitantes el 3 de enero de 2022. Al 6 de marzo de 2022, Puerto Rico se encuentra, preliminarmente, en una disminución de casos con una tasa de 41.6 casos por cada 100,000 habitantes, encontrándose en el nivel moderado de transmisión comunitaria (color amarillo).

Gráfica 2. Tasa de incidencia por cada 100,000 habitantes en Puerto Rico para el periodo de 6 de diciembre de 2021 al 6 de marzo de 2022.



Fuente: Departamento de Salud de Puerto Rico (2022). Ver Nota 2.

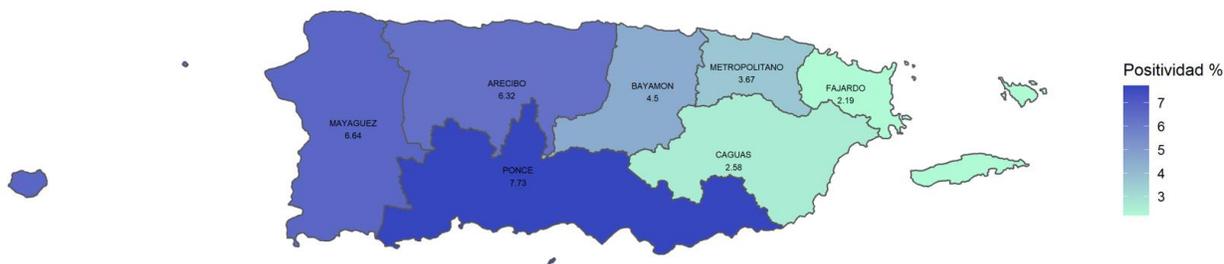
² CDC (2022). Nivel de transmisión comunitaria. Disponible en: https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#cases_community

Indicadores de Incidencia Específicos para la Semana Epidemiológica Núm. 9 Periodo: 27 de febrero de 2022 al 5 de marzo de 2022

En esta sección se encuentran indicadores de incidencia específicos por variables de interés tales como: Regiones de Salud; Municipios; Grupos de Edad y Sexo. La figura 1 presenta positividad de pruebas moleculares por regiones de salud en Puerto Rico para la semana epidemiológica número 9. La positividad general para Puerto Rico fue de 4.4% durante la semana epidemiológica 9. La Región de Salud con el porcentaje de positividad mayor fue Ponce con 7.7%, mientras que la región con el porcentaje menor del periodo de estudio fue Fajardo con 2.2%.

Positividad

Figura 1. Positividad de pruebas moleculares de COVID-19 en Puerto Rico para la semana epidemiológica número 9.



En la tabla 1 se presenta la positividad basada en pruebas moleculares por grupos de edad para el periodo del 27 de febrero al 5 de marzo de 2022. Durante esa semana, el grupo de edad con mayor positividad fue el de 0-4 años con 7.1%. El grupo de edad con menor positividad para este periodo fue de 80+ años con 3.1%.

Tabla 1. Positividad basada en pruebas moleculares por grupos de edad para la semana epidemiológica número 9.

Grupo de Edad	Positividad %
0-4	7.1
5-9	5.0
10-19	3.8
20-29	4.2
30-39	4.1
40-49	4.1
50-59	4.1
60-69	3.2
70-79	4.9
80+	3.1



Descripción de Casos

A continuación, se presenta la tabla 2 con la distribución de casos confirmados y probables en Puerto Rico para la semana epidemiológica Núm. 9. Durante el periodo de estudio, la fecha con la mayor cantidad de casos fue el 28 de febrero de 2022 con un total de 383 casos. El total de casos durante esta semana (n=1,280) fue, preliminarmente, menor en comparación con la semana epidemiológica Núm. 8 (n=1,571).

Tabla 2. Distribución de casos confirmados y probables de COVID-19 en Puerto Rico para la semana epidemiológica número 9.

Fecha	Casos Confirmados	Casos Probables	Total de Casos
2/27/2022	9	17	26
2/28/2022	160	223	383
3/1/2022	108	174	282
3/2/2022	85	127	212
3/3/2022	74	93	167
3/4/2022	47	101	148
3/5/2022	8	54	62
Total	491	789	1,280

En la tabla 3 se presenta la distribución de los casos por sexo y grupos de edad. Durante esa semana, el grupo de edad con mayor cantidad de casos fue 30-39 años con un total de 197 casos para un 15.4% de la totalidad de casos. El grupo de edad con la tasa de incidencia más alta fue 0-4 años con 68.1 casos por cada 100,000 habitantes. El grupo con la tasa de incidencia más baja fue 80+ años con 13.2 casos por cada 100,000 habitantes.

Tabla 3. Casos confirmados y probables de COVID-19 por sexo y grupos de edad Puerto Rico para la semana epidemiológica número 9.

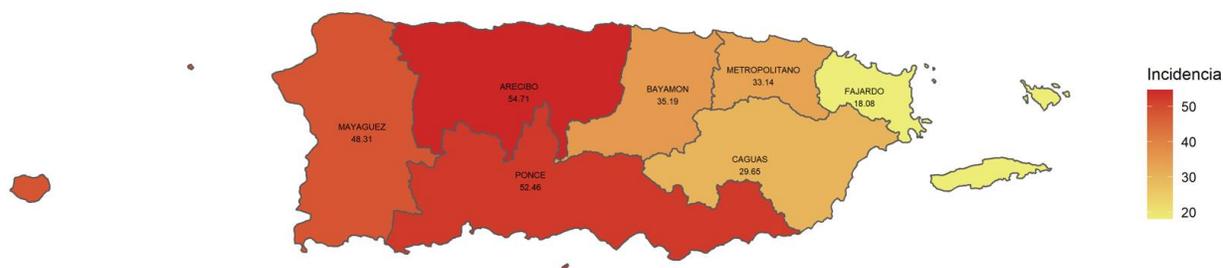
Grupo de Edad	Hombres	Mujeres	Otro	Total de Casos	Población	Incidencia x 100,000 habitantes
0-4	47	33	0	80	117,482	68.1
5-9	52	42	0	94	157,661	59.6
10-19	88	80	0	168	384,380	43.7
20-29	79	96	0	175	436,410	40.1
30-39	82	115	0	197	374,743	52.6
40-49	87	99	0	186	403,033	46.2
50-59	70	90	0	160	431,199	37.1
60-69	51	64	0	115	399,063	28.8
70-79	42	39	0	81	307,883	26.3
80+	9	15	0	24	181,840	13.2
Total	607	673	0	1,280	3,193,694	40.1

Nota: N/A= No Aplica.

Tasas de Incidencia de Casos por Región y Municipio

En la figura 3 se presenta la distribución de los casos confirmados y probables por cada 100,000 habitantes por regiones de salud. Durante la semana epidemiológica Núm. 9, la región con mayor tasa de incidencia de casos fue Arecibo con 54.7 casos por cada 100,000 habitantes. La Región de Salud con menor tasa fue Fajardo con 18.1 casos por cada 100,000 habitantes.

Figura 3. Tasa de incidencia de casos confirmados y probables por Región de Salud por cada 100,000 habitantes para la semana epidemiológica número 9.



La tabla 4, mostrada a continuación, presenta la distribución de la tasa de incidencia por cada 100,000 habitantes entre los municipios que comprenden la Región de Salud Metropolitana. El municipio de Guaynabo obtuvo la tasa de incidencia de casos más alta con 53.7 casos por cada 100,000 habitantes, mientras que el municipio de Loíza obtuvo la tasa más baja de la región con 16.3 casos por cada 100,000 habitantes.

Tabla 4. Tasa de incidencia de casos para los municipios de la Región de Salud Metropolitana para la semana epidemiológica número 9.

Municipios	Población	Casos	Incidenia x 100,000 habitantes
Guaynabo	83,728	45	53.7
San Juan	318,441	114	35.8
Carolina	146,984	41	27.9
Trujillo Alto	63,674	14	22.0
Canóvanas	44,674	8	17.9
Loíza	24,553	4	16.3
Total	682,054	226	33.1

En la tabla 5 se presenta la distribución de la tasa de incidencia de casos confirmados y probables por cada 100,000 habitantes entre los municipios que comprenden la Región de Salud de Bayamón. El municipio de Orocovis obtuvo la tasa de incidencia de casos más alta con 54.4 casos por cada 100,000 habitantes, mientras que el municipio de Naranjito obtuvo la tasa más baja de la región con 14.6 casos por cada 100,000 habitantes.



Tabla 5. Tasa de incidencia de casos para los municipios de la Región de Salud de Bayamón para la semana epidemiológica número 9.

Municipios	Población	Casos	Incidencia x 100,000 habitantes
Orocovis	20,220	11	54.4
Vega Alta	36,061	18	49.9
Toa Baja	74,271	30	40.4
Corozal	32,293	13	40.3
Cataño	23,121	9	38.9
Dorado	36,141	14	38.7
Bayamón	169,269	60	35.4
Toa Alta	72,025	20	27.8
Barranquitas	27,725	7	25.2
Comerío	18,648	3	16.1
Naranjito	27,349	4	14.6
Total	537,123	189	35.2

En la tabla 6 se presenta la distribución de la tasa de incidencia de casos confirmados y probables por cada 100,000 habitantes entre los municipios que comprenden la Región de Salud de Arecibo. El municipio de Florida obtuvo la tasa de incidencia de casos más alta con 167.9 casos por cada 100,000 habitantes, mientras que el municipio de Utuado obtuvo la tasa más baja de la región con 25.6 casos por cada 100,000 habitantes.

Tabla 6. Tasa de incidencia de casos para los municipios de la Región de Salud Arecibo para la semana epidemiológica número 9.

Municipios	Población	Casos	Incidencia x 100,000 habitantes
Florida	11,317	19	167.9
Quebradillas	22,918	25	109.1
Lares	24,276	18	74.1
Camuy	30,504	21	68.8
Barceloneta	23,727	16	67.4
Arecibo	81,966	43	52.5
Ciales	15,808	7	44.3
Manatí	37,287	15	40.2
Morovis	30,335	12	39.6
Vega Baja	50,023	19	38.0
Hatillo	39,218	14	35.7
Utuado	27,395	7	25.6
Total	394,774	216	54.7

En la tabla 7 se presenta la distribución de la tasa de incidencia de casos confirmados y probables por cada 100,000 habitantes entre los municipios que comprenden la Región de Salud de Ponce. El municipio de Adjuntas obtuvo la tasa de incidencia de casos más alta con 167.0 casos por cada 100,000 habitantes, mientras que el municipio de Villalba obtuvo la tasa más baja de la región con 18.7 casos por cada 100,000 habitantes.



Tabla 7. Tasa de incidencia de casos para los municipios de la Región de Salud de Ponce para la semana epidemiológica número 9.

Municipios	Población	Casos	Incidencia x 100,000 habitantes
Adjuntas	17,363	29	167.0
Jayuya	13,891	10	72.0
Yauco	33,575	23	68.5
Ponce	131,881	84	63.7
Salinas	27,128	13	47.9
Arroyo	17,238	8	46.4
Guayama	39,465	18	45.6
Guánica	15,383	7	45.5
Peñuelas	19,249	8	41.6
Juana Díaz	44,679	17	38.0
Patillas	16,211	6	37.0
Coamo	38,336	12	31.3
Guayanilla	17,623	5	28.4
Santa Isabel	21,209	5	23.6
Villalba	21,372	4	18.7
Total	474,603	249	52.5

En la tabla 8 se presenta la distribución de la tasa de incidencia de casos confirmados y probables por cada 100,000 habitantes entre los municipios que comprenden la Región de Salud de Caguas. El municipio de Maunabo obtuvo la tasa de casos más alta con 77.5 casos por cada 100,000 habitantes, mientras que el municipio de Aibonito obtuvo la tasa más baja de la región con 18.1 casos por cada 100,000 habitantes.

Tabla 8. Tasa de incidencia de casos para los municipios de la Región de Salud de Caguas para la semana epidemiológica número 9.

Municipios	Población	Casos	Incidencia x 100,000 habitantes
Maunabo	10,321	8	77.5
Naguabo	25,761	15	58.2
Cidra	38,307	16	41.8
Gurabo	47,093	16	34.0
Cayey	42,409	12	28.3
Las Piedras	37,007	10	27.0
Caguas	124,606	33	26.5
Juncos	38,155	10	26.2
San Lorenzo	35,989	9	25.0
Aguas Buenas	24,814	6	24.2
Humacao	50,653	12	23.7
Yabucoa	32,282	6	18.6
Aibonito	22,108	4	18.1
Total	529,505	157	29.7



En la tabla 9 se presenta la distribución de la tasa de incidencia de casos confirmados y probables por cada 100,000 habitantes entre los municipios que comprenden la Región de Salud de Fajardo. El municipio de Fajardo obtuvo la tasa de incidencia más alta con 30.6 casos por cada 100,000 habitantes, mientras que los municipios de Ceiba y Culebra obtuvieron las tasas más bajas de la región con 0.0 casos por cada 100,000 habitantes respectivamente.

Tabla 9. Tasa de incidencia de casos para los municipios de la Región de Salud de Fajardo para la semana epidemiológica número 9.

Municipios	Población	Casos	Incidencia x 100,000 habitantes
Fajardo	29,454	9	30.6
Luquillo	17,665	5	28.3
Vieques	8,386	2	23.8
Río Grande	48,025	5	10.4
Ceiba	10,904	0	0
Culebra	1,714	0	0
Total	116,148	21	18.1

En la tabla 10 se presenta la distribución de la tasa de incidencia de casos confirmados y probables por cada 100,000 habitantes entre los municipios que comprenden la Región de Salud de Mayagüez. El municipio de Rincón obtuvo la tasa de incidencia de casos más alta con 117.2 casos por cada 100,000 habitantes, mientras que el municipio de Maricao obtuvo la tasa más baja de la región con 0.0 casos por cada 100,000 habitantes.

Tabla 10. Tasa de incidencia de casos confirmados y probables para los municipios de la Región de Salud de Mayagüez para la semana epidemiológica número 9.

Municipios	Población	Casos	Incidencia x 100,000 habitantes
Rincón	13,656	16	117.2
Moca	34,891	28	80.2
Aguada	36,694	25	68.1
Isabela	40,423	23	56.9
Sabana Grande	21,712	12	55.3
Hormigueros	15,518	8	51.6
Añasco	26,161	13	49.7
Aguadilla	50,265	24	47.7
Mayagüez	71,530	32	44.7
San Sebastián	35,528	15	42.2
Las Marías	7,927	3	37.8
Lajas	22,010	7	31.8
San Germán	30,227	8	26.5
Cabo Rojo	47,515	8	16.8
Maricao	5,430	0	0
Total	459,487	222	48.9

Brotos Activos para la Semana Epidemiológica Núm. 9

A continuación, se presentan la tabla 11 con la información de los brotes activos durante la semana epidemiológica número 9 por regiones de salud. Un total de 225 brotes fueron investigados, los mismos incluyen 329 casos confirmados, 659 casos probables 1,484 contactos cercanos identificados, 8 hospitalizaciones y 0 defunciones.

Tabla 11. Resumen general de brotes activos, por región de salud al cierre de la semana epidemiológica número 9.

Región	# Brotes	Casos Confirmados	Casos Probables	Contactos Identificados	Casos Hospitalizados	Casos Fallecidos
Aguadilla	13	3	49	52	0	0
Arecibo	46	76	112	335	3	0
Bayamón	17	41	36	96	2	0
Caguas	18	27	46	118	0	0
Fajardo	11	18	43	95	0	0
Mayagüez	24	17	82	167	0	0
Metro	41	100	73	315	3	0
Ponce	55	47	218	306	0	0
Total	225	329	659	1,484	8	0

Nota: Todos los municipios presentaron sus informes de brotes. Investigaciones sujetas a actualización de datos.

En la tabla 12 se presenta la información sobre la clasificación de los brotes activos durante la semana epidemiológica número 8, dividido por Regiones de Salud. Un total de 174 brotes fueron clasificados bajo familiar (77.3%), 5 bajo laboral (2.2%), 30 bajo instituciones educativas (13.3%), 6 bajo viajeros (2.7%) y 10 Comunitarios (4.5%).

Tabla 12. Clasificación de brotes activos, por región de salud al cierre de la semana epidemiológica número 9.

Región	Familiar	Laboral	Cuidado salud	Instituciones Educativas	Refugios	Viajeros	Comunitario	Pendiente	Total
Aguadilla	11	0	0	2	0	0	0	0	13
Arecibo	32	1	0	8	0	4	1	0	46
Bayamón	13	0	0	3	0	0	1	0	17
Caguas	14	1	0	2	0	0	1	0	18
Fajardo	7	1	0	0	0	0	3	0	11
Mayagüez	22	0	0	1	0	0	1	0	24
Metro	27	0	0	11	0	1	2	0	41
Ponce	48	2	0	3	0	1	1	0	55
Total	174	5	0	30	0	6	10	0	225

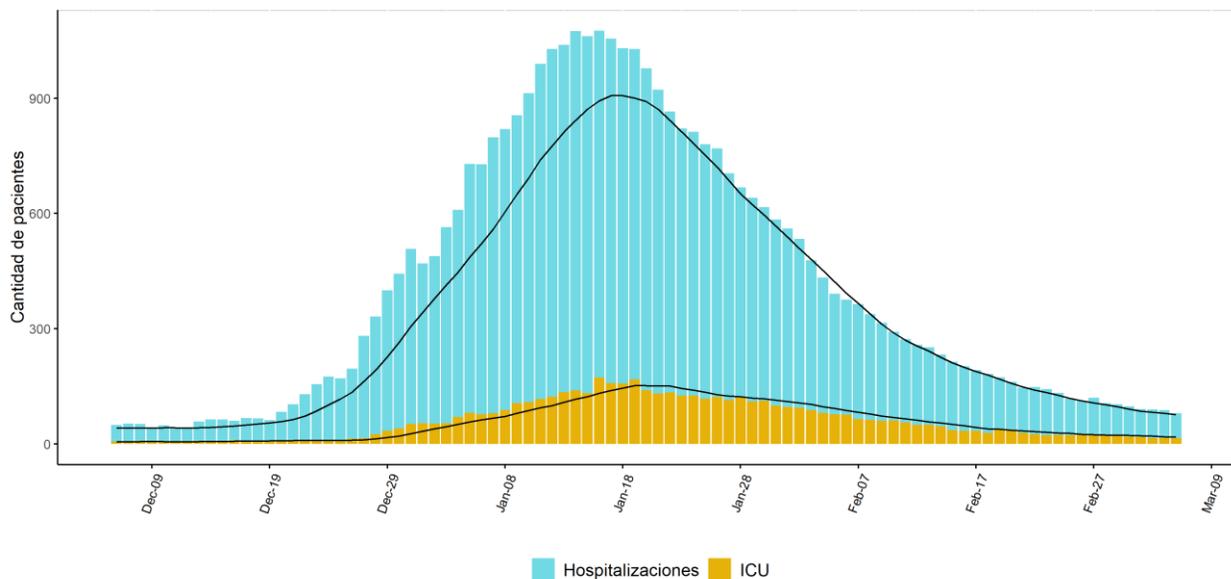
Notas: Todos los municipios presentaron sus informes de brotes. Brotes investigados por vigilancia de cuidado extendido y correccional no se incluyen en esta tabla. Investigaciones sujetas a actualización de datos. La categoría de Instituciones Educativas incluye las siguientes sub-categorías: escuelas K-12, cuidado de niños, centros pre-escolares, universidades y colegios técnicos. Investigaciones sujetas a actualización de datos.



Severidad COVID-19 en Puerto Rico del 6 de diciembre de 2021 al 6 de marzo de 2022

En la gráfica 3, se presenta el número de hospitalizaciones y uso de Unidades de Cuidado Intensivo (ICU, por sus siglas en inglés) para el periodo de este informe. La gráfica refleja una tendencia baja en hospitalizaciones a principios del periodo de este informe donde el número de hospitalizaciones fue 43 con una media móvil a 7 días de 41.7 hospitalizaciones. Las personas hospitalizadas en ICU para este día fueron 6 con una media móvil a 7 días de 5 personas en ICU. A partir de esa fecha, el número de personas hospitalizadas alcanzó 936 con una media móvil a 7 días de 843.4 hospitalizaciones el 14 de enero de 2022. Para camas en ICU, el día 16 de enero de 2022, alcanzó 172 personas con una media móvil a 7 días de 132.4 personas admitidas en ICU. Al 6 de marzo de 2022, Puerto Rico se encontraba, preliminarmente, en una tendencia de disminución con 65 hospitalizados (con media móvil a 7 días de 76) y estable para una ocupación del ICU de 15 personas (con media móvil a 7 días de 17.7).

Gráfica 3. Hospitalizaciones y uso de unidades de cuidado intensivo por COVID-19 en Puerto Rico para el periodo de 6 de diciembre de 2021 al 6 de marzo de 2022.

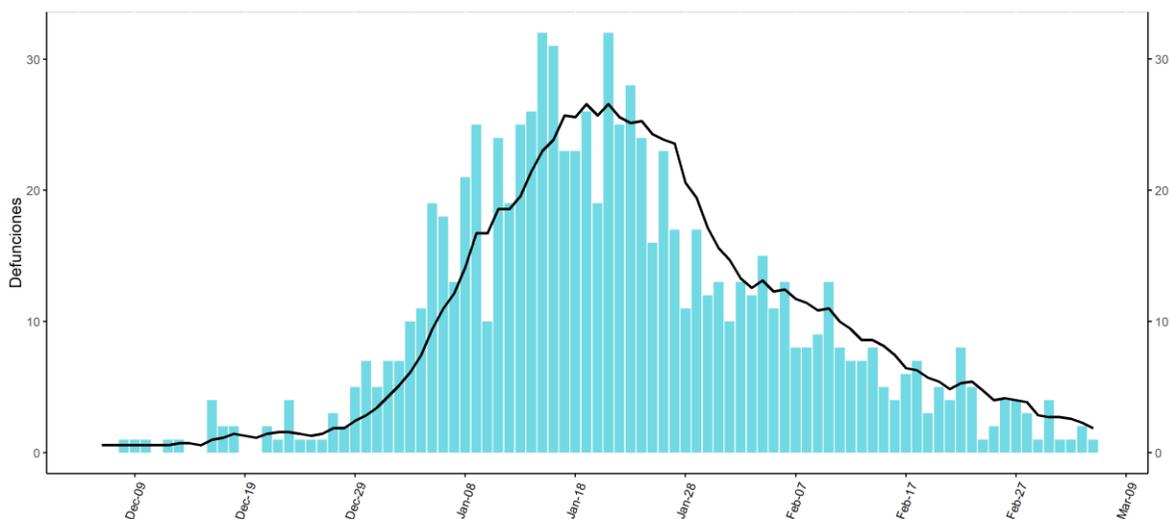


Fuente: Departamento de Salud de Puerto Rico (2022). Ver Nota 3.

Mortalidad COVID-19 en Puerto Rico del 6 de diciembre de 2021 al 6 de marzo de 2022

En la gráfica 4, se presenta las defunciones para el periodo de este informe. La gráfica presenta una tendencia estable de defunciones a principios del periodo de este informe, donde no ocurrieron defunciones, con una media móvil a 7 días de 0.57 defunciones. Al cierre de la semana epidemiológica número 9, las defunciones se mantenían estables con un promedio a 7 días de 2.29 defunciones diarias.

Gráfica 4. Defunciones por COVID-19 en Puerto Rico para el periodo 6 de diciembre de 2021 al 6 de marzo de 2022.



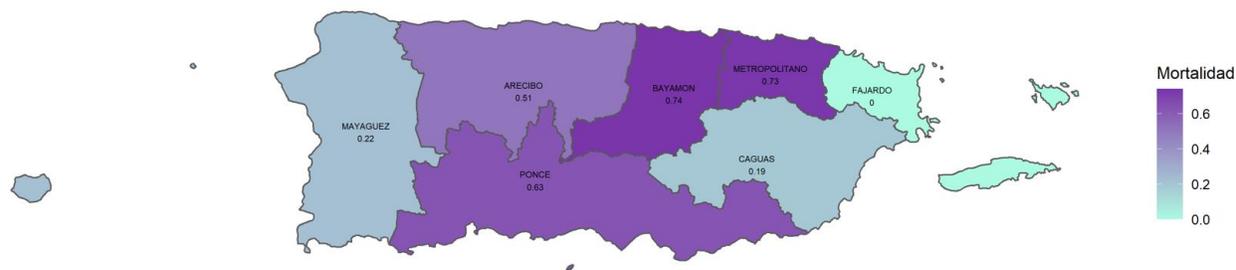
Fuente: Departamento de Salud de Puerto Rico (2022). Disponible en: [Estadísticas V2 \(salud.gov.pr\)](https://estadisticas.v2.salud.gov.pr).
Ver Nota 4.



Indicadores de Mortalidad para la Semana Epidemiológica Núm. 9 27 de febrero de 2022 al 5 de marzo de 2022

La figura 4 presenta la tasa cruda de mortalidad de COVID-19 por cada 100,000 habitantes por región de salud para la semana epidemiológica número 9. La región con la tasa de mortalidad cruda más alta fue Bayamón con 0.74 defunciones por cada 100,000 habitantes, mientras que la tasa más baja la obtuvo la Región de Salud de Fajardo con 0 defunciones por cada 100,000 habitantes.

Figura 4. Tasa de mortalidad cruda de COVID-19 por 100,000 habitantes para la semana epidemiológica número 9.



En la semana epidemiológica 9, ocurrieron 16 defunciones por COVID-19. La Región Metropolitana obtuvo el mayor número de defunciones, con 5 defunciones durante el periodo. Por otra parte, la región de salud con menor cantidad fue Fajardo; no hubo fallecimientos en la semana. En comparación con la semana epidemiológica pasada, el número de defunciones reportadas esta semana fue, preliminarmente, menor (29 defunciones).

Tabla 13. Defunciones por regiones de salud para la semana epidemiológica número 9.

Región	Población	Defunciones	Mortalidad x 100,000 habitantes
Bayamón	537,123	4	0.74
Metropolitano	682,054	5	0.73
Ponce	474,603	3	0.63
Arecibo	394,774	2	0.51
Mayagüez	459,487	1	0.22
Caguas	529,505	1	0.19
Fajardo	116,148	0	0.00
Total	3,193,694	16	0.50

Nota: Tasa de mortalidad cruda por cada 100,000 habitantes.

Resumen de linajes y sublinajes de variantes de SARS-CoV-2 detectadas por el Sistema de Vigilancia de Genómica en Puerto Rico

Periodo: 1 de diciembre de 2021 a 28 de febrero de 2022

La figura 5 presenta la proporción de linajes y sublinajes detectados por el Sistema de Vigilancia Genómica en Puerto Rico durante el periodo del 1 de diciembre de 2021 al 28 de febrero de 2022. El indicador muestra el porcentaje de un linaje o sublinaje de una variante, en relación con la totalidad de las muestras recopiladas y secuenciadas durante el periodo. La tendencia a principios del periodo de estudio refleja un panorama donde la variante prevalente en el país era Delta con sus respectivos sublinajes. Luego, a partir del 11 de diciembre de 2021 se introduce por primera vez la variante Ómicron en nuestro archipiélago. Del gráfico se desprende que, a partir del 18 de diciembre de 2021, la variante Ómicron se convierte en la más predominante. Para el periodo más reciente de análisis, 27 de febrero al 5 de marzo de 2022 todas las variantes secuenciadas consistían en sublinajes de Ómicron: Ómicron BA.1 (n= 1; 11.1%), Ómicron BA.1.1 (n=7; 78.8%), y Ómicron BA.2 (n=1 ,11.1%).

Figura 5. Proporción de linajes y sublinajes de variantes de SARS-CoV-2 de preocupación, interés o bajo monitoreo de Puerto Rico publicadas en GISAID por fecha de toma de muestra



Fuente: Departamento de Salud de Puerto Rico (2022). Disponible en: Estadísticas V2 (salud.gov.pr).
 Ver Nota 5.



Recomendaciones de Salud Pública

Las estrategias de salud pública deben enfatizar:

- **Detección Temprana:**
 - La estrategia primaria de prueba diagnóstica será la estrategia de pruebas de amplificación del ácido nucleico (NAAT), conocidas también como pruebas moleculares.
 - Promover el registro voluntario de pruebas caseras a través del sistema de BioPortal del Departamento de Salud: <https://bioportal.salud.pr.gov/covid19/self-tests>
 - Priorizar pruebas diagnósticas para personas con síntomas o que sean contactos cercanos (realizándose la prueba al 5to día de su exposición).
- **Vigilancia Epidemiológica:**
 - Actualizar definición de “totalmente vacunados” para aquellas personas que completaron serie primaria y son aptas a dosis refuerzo.
 - Asegurar el cumplimiento de las órdenes de cuarentena y aislamiento emitidas por el DSPR.
 - Continuar los esfuerzos de los distintos componentes de vigilancia epidemiológica para COVID-19.
 - Promoción e implementación de guías y protocolos de grupos de interés (instituciones educativas, facilidades de salud, facilidades de cuidado prolongado, poblaciones confinadas, otras poblaciones vulnerables).
 - Promover la vigilancia sindrómica como estrategia para que personas que presenten síntomas asociados a COVID-19 se realicen pruebas diagnósticas.
- **Campañas Educativas y Alcance Comunitario:**
 - Creación de comités comunitarios para:
 - Promover la vacunación y establecer las estrategias de impacto en grupos de 5-9 años, 30-39 años y en grupo de 60 años o más.
 - Promover la vacunación en las personas que completaron la serie primaria y son aptas para la dosis de refuerzo.
 - Campañas educativas para:
 - Promoción de vacunación contra el COVID-19 en mujeres embarazadas, poblaciones pediátricas e itinerarios de vacunación actualizados a las nuevas recomendaciones.
 - Manejo de caso COVID-19 en el hogar.
 - Uso correcto de pruebas diagnósticas y de cernimiento.
 - Promover medidas de prevención en las instituciones educativas.
- **Medidas de Mitigación:**
 - Continuar con medidas de prevención a nivel poblacional: uso de mascarillas en espacios cerrados, lavado de manos, distanciamiento físico, optar por actividades en espacios abiertos y continuar promoviendo la vacunación.



Notas

Nota gráfico 1: Los datos aquí presentados son un resumen de los últimos 3 meses. Esta gráfica, en específico, nos muestra el porcentaje de todas las pruebas de RT-PCR positivas por fecha de toma de muestra. Es decir, de todas las pruebas realizadas de RT-PCR, ¿cuántas pruebas fueron positivas en un periodo de 7 días? *Numerador:* número pruebas positivas de RT-PCR. *Denominador:* número total de pruebas de RT-PCR realizadas (pruebas de RT-PCR positivas + pruebas de RT-PCR negativas) x (100). Los datos pasan por un proceso que requiere que el personal del Departamento de Salud de Puerto Rico revise, importe y asigne casos (ejemplo: adjuntar a un registro existente o crear un registro nuevo). Nos esforzamos por lograr transparencia y precisión en nuestros datos. A medida que los resultados individuales se procesan en el sistema en vivo y son investigados por el personal, puede haber correcciones en el estado y los detalles de la información que resulten en cambios en estos datos.

Nota gráfico 2: Los datos presentados son un resumen de los últimos 3 meses. La Incidencia aquí presentada es el número de casos nuevos confirmados notificados durante un periodo de 7 días por fecha de toma de muestra. *Numerador:* Casos nuevos positivos a COVID-19 confirmados por prueba de RT-PCR y casos probables (casos no duplicados). *Denominador:* población a riesgo de contraer COVID-19 al 1ro de julio del 2019 (según estimados intercensales del 2019) x (100,000). Los datos pasan por un proceso que requiere que el personal del Departamento de Salud de Puerto Rico revise, importe y asigne casos (ejemplo: adjuntar a un registro existente o crear un registro nuevo). Nos esforzamos por lograr transparencia y precisión en nuestros datos. A medida que los resultados individuales se procesan en el sistema en vivo y son investigados por el personal, puede haber correcciones en el estado y los detalles de la información que resulten en cambios en estos datos.

Nota figura 2: Los datos presentados en esta figura son un resumen de las últimas 4 semanas. El color de los municipios se basa en los indicadores de positividad e incidencia que establecen la clasificación del nivel de transmisión comunitaria. Cuando hay discrepancia entre los dos indicadores, la clasificación más alta es la que se presenta. Los datos pasan por un proceso que requiere que el personal del Departamento de Salud de Puerto Rico revise, importe y asigne casos (ejemplo: adjuntar a un registro existente o crear un registro nuevo). Nos esforzamos por lograr transparencia y precisión en nuestros datos. A medida que los resultados individuales se procesan en el sistema en vivo y son investigados por el personal, puede haber correcciones en el estado y los detalles de la información que resulten en cambios en estos datos. Los datos presentan la información disponible a la fecha de la extracción de la información.

Nota tablas 6-10: Los datos presentados en las tablas son un resumen de los casos que se reportaron en la semana epidemiológica 9 dividido por municipio y región de salud correspondiente. Las tablas presentan la cantidad de casos y cómo ese número se relaciona con el total de la población que reside en los municipios. En ocasiones, el número de casos puede ser mayor o menor que la incidencia. Esto se debe a que el cálculo generado depende del tamaño de la población del municipio. Si la población de un municipio es pequeña, el cálculo de incidencia puede sobrepasar la cantidad de los casos observados.

Nota tabla 12: Los datos presentados en esta tabla son producto de las investigaciones de brotes. La clasificación del brote se determina tras identificar y analizar los vínculos epidemiológicos entre los casos. Esta tabla solo incluye clasificaciones para brotes. Sin embargo,



en la investigación de casos, se encuentran otros lugares que fueron reportados como frecuentados en los 14 días previo a su prueba positiva o inicio de síntomas.

Nota gráfico 3: Los datos presentados son un resumen de los últimos 3 meses. Esta gráfica muestra el total de camas de adultos ocupadas. Este total es la suma de las hospitalizaciones (azul) + las camas ocupadas en unidad de cuidados intensivos (amarillo), por día. Adicional, se presenta la curva para la media móvil (7 días) por fecha de reporte. Los datos pasan por un proceso que requiere que el personal del Departamento de Salud de Puerto Rico revise, importe y asigne casos (ejemplo: adjuntar a un registro existente o crear un registro nuevo). Nos esforzamos por lograr transparencia y precisión en nuestros datos. A medida que los resultados individuales se procesan en el sistema en vivo y son investigados por el personal, puede haber correcciones en el estado y los detalles de la información que resulten en cambios en estos datos.

Nota gráfico 4: Los datos presentados son un resumen de los últimos 3 meses. Este gráfico de barras nos muestra el conteo diario de defunciones por COVID-19 y curva para la media móvil (7 días) por fecha de defunción. Los datos pasan por un proceso que requiere que el personal del Departamento de Salud de Puerto Rico revise, importe y asigne casos (ejemplo: adjuntar a un registro existente o crear un registro nuevo). Nos esforzamos por lograr transparencia y precisión en nuestros datos. A medida que los resultados individuales se procesan en el sistema en vivo y son investigados por el personal, puede haber correcciones en el estado y los detalles de la información que resulten en cambios en estos datos.

Nota gráfico 5: Los datos presentados son un resumen desde el 1 de diciembre hasta el 28 de febrero 2022. Los resultados se presentan por fecha de toma de muestra. Este gráfico nos muestra el porcentaje de linajes o sublinajes de las variantes, en relación con todas las muestras detectadas durante el periodo de estudio según se reportan en el banco de datos público GISAID. El sistema de vigilancia genómica del Departamento de Salud continúa con casos bajo investigación. Datos están sujetos a la actualización de las investigaciones en curso. Nos esforzamos por lograr transparencia y precisión en nuestros datos. A medida que los resultados individuales se procesan en el sistema y son investigados por el personal, puede haber correcciones en la información que resulten en cambios en estos datos.

Comentario Final: Este resumen es actualizado al 6 de marzo de 2022, las fechas más recientes (últimos 7 días) incluidas en este informe están sujetas a actualización de datos y no deben ser tomadas como una tendencia. Este informe, preliminarmente, refleja una disminución de casos en comparación con la semana epidemiológica #8. Las recomendaciones de salud pública son imperantes para continuar la mitigación de riesgos.

Preparado: Equipo Análisis de Datos, Equipos Epidemiólogos Regionales y Municipales.
Oficina de Epidemiología e Investigación.

Revisado por: Equipo Oficial de Principal de Epidemiología