

DEPARTAMENTO DE
SALUD



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

Indicadores para Semana Epidemiológica Número 13
2022

Fecha: 8 de abril de 2022

Resumen Ejecutivo
Situación de la Epidemia de COVID-19 en Puerto Rico
Datos Actualizados al 4 de abril de 2022

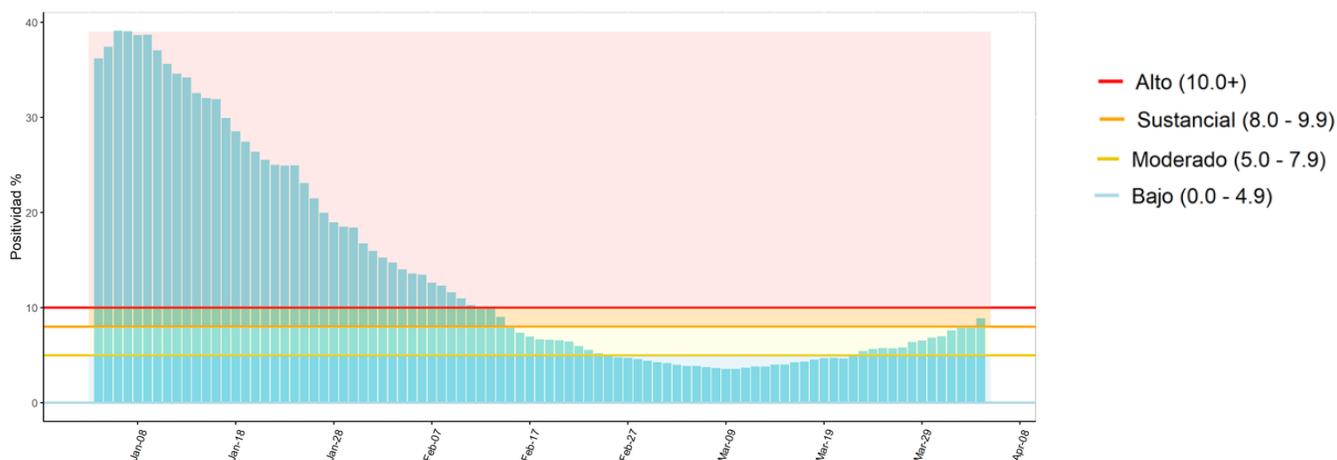
Este resumen ejecutivo incluye indicadores para incidencia, severidad y mortalidad del COVID-19 en Puerto Rico durante el periodo del 4 de enero de 2022 al 4 de abril de 2022. Además, incluye los indicadores específicos para la semana epidemiológica número 13, que comprende el periodo del 27 de marzo de 2022 al 2 de abril de 2022. Los datos presentados son recopilados y analizados por el Departamento de Salud de Puerto Rico.

Incidencia COVID-19 en Puerto Rico

Periodo: 4 de enero de 2021 al 4 de abril 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 alto en positividad, donde la positividad estimada fue de 36.23%. Luego de esta fecha, los datos sobre positividad llegaron a un valor mínimo de 3.56% para el 10 de marzo de 2022 y a un valor máximo de 39.12% para el 6 de enero de 2022. Al 4 de abril de 2022, Puerto Rico se encontraba, preliminarmente, en una tendencia de aumento con una positividad estimada de 8.89%, encontrándose en el nivel sustancial de transmisión comunitaria (color azul).

Gráfica 1. Positividad basada en pruebas moleculares en Puerto Rico para el periodo 4 de enero de 2022 al 4 de abril de 2022.



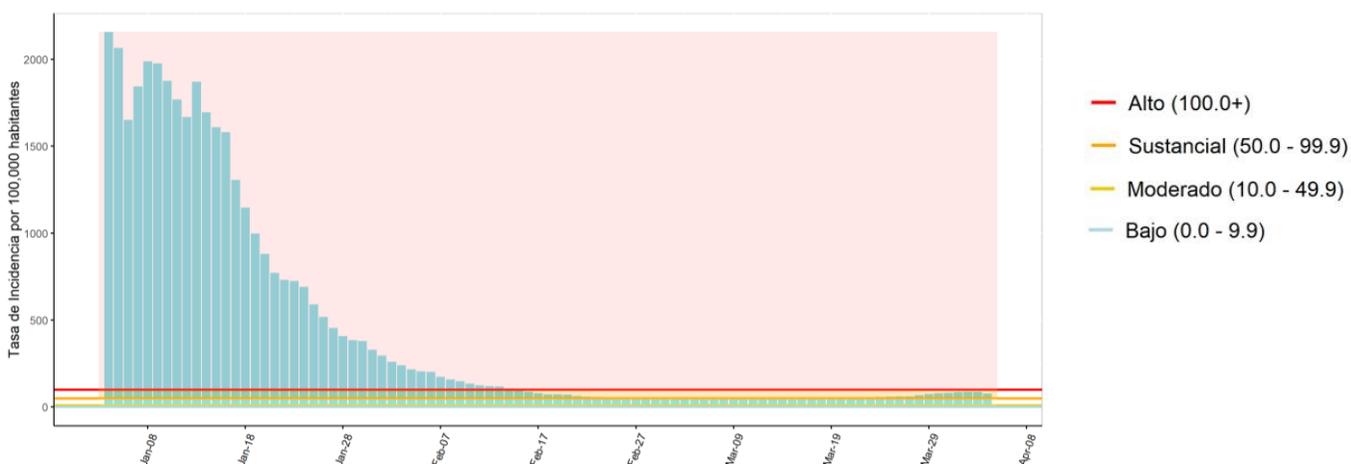
Fuente: Departamento de Salud de Puerto Rico (2022). Ver Nota 1.

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 de incidencia 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 para la clasificación de nivel baja transmisión comunitaria, cuando una tasa 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 alta en incidencia, donde la tasa de casos fue 2,156.84 casos por cada 100,000 personas. Para ese momento, Puerto Rico ya se encontraba en la clasificación de nivel alta de transmisión comunitaria. A partir de esa fecha, la tasa de incidencia llegó a un máximo de 2,156.84 casos por cada 100,000 habitantes el 4 de enero de 2022. Al 4 de abril de 2022, Puerto Rico se encuentra, preliminarmente, en **aumento** con una tasa de 78.65 casos por cada 100,000 habitantes, encontrándose en el nivel sustancial de transmisión comunitaria (color amarillo).

Gráfica 2. Tasa de incidencia por cada 100,000 habitantes en Puerto Rico para el periodo de 4 de enero de 2022 al 4 de abril 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

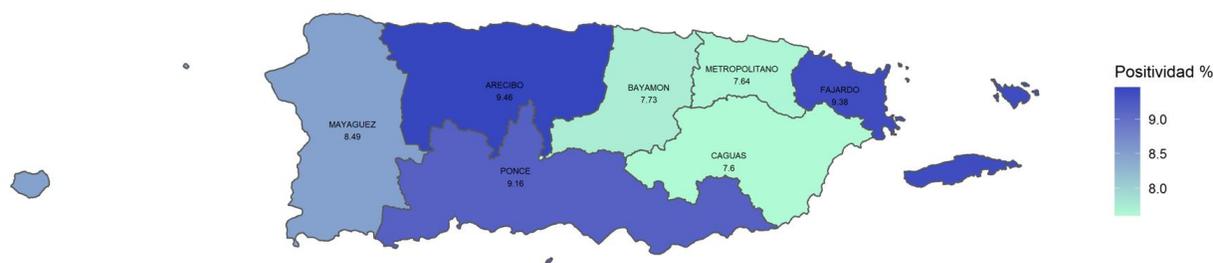


Indicadores de Incidencia Específicos para la Semana Epidemiológica Núm. 13
Periodo: 27 de marzo de 2022 al 2 de abril de 2022

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 para la semana epidemiológica número 13. La positividad general para Puerto Rico fue de 8.1% para la semana epidemiológica 13. La Región de Salud con el porcentaje de positividad mayor fue Arecibo con 9.5%. Mientras que la Región de Salud con el porcentaje menor fue Caguas con 7.6%.

Positividad

Figura 1. Positividad de pruebas moleculares de COVID-19 en Puerto Rico para la semana epidemiológica número 13.



En la tabla 1 se presenta la positividad basada en pruebas moleculares por grupos de edad para el periodo del 27 de marzo de 2022 al 2 de abril de 2022. Durante esa semana, el grupo de edad con mayor positividad fue el de 30-39 años con 9.4%. El grupo de edad con menor positividad para este periodo fue de 70-79 años con 4.1%.

Tabla 1. Positividad basada en pruebas moleculares por grupos de edad para la semana epidemiológica número 13.

Grupo de Edad	Positividad %
0-4	6.76
5-9	7.95
10-19	8.73
20-29	8.67
30-39	9.38
40-49	8.69
50-59	7.73
60-69	7.20
70-79	4.10
80+	8.18

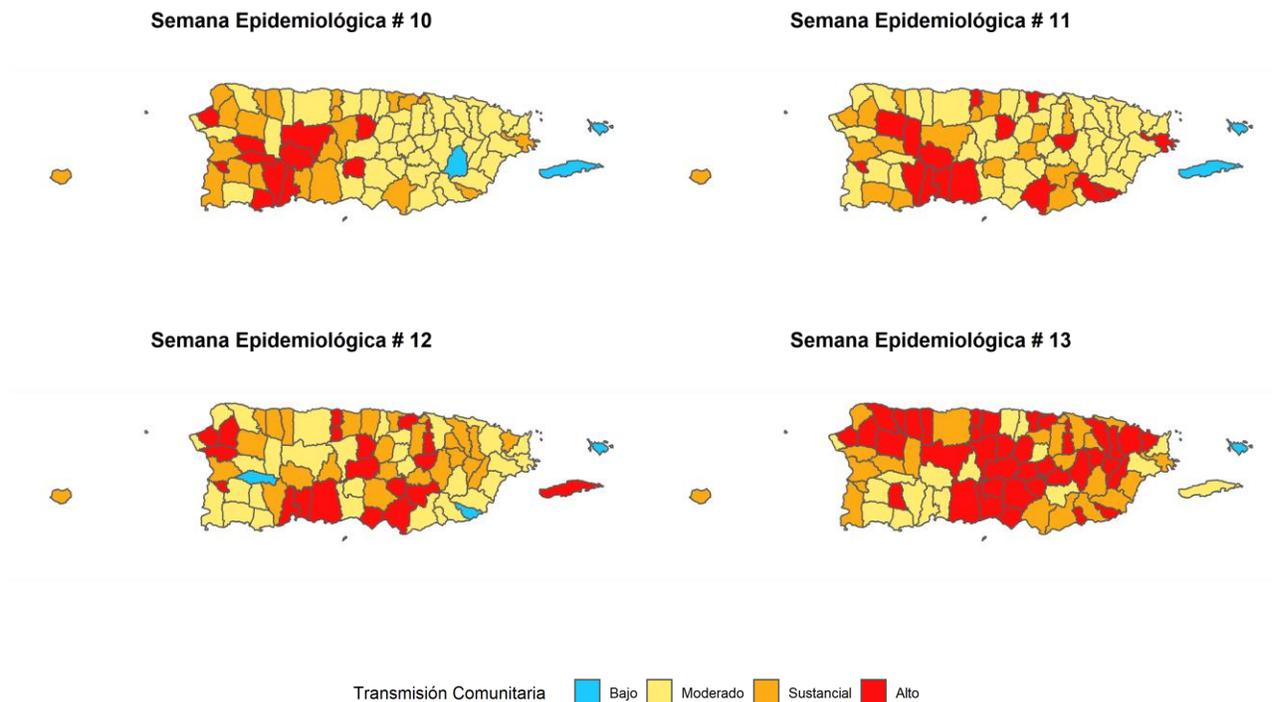


Transmisión Comunitaria de COVID-19 en Puerto Rico para la Semana Epidemiológica Núm. 13

La clasificación de transmisión comunitaria se establece utilizando los indicadores de positividad basado en pruebas moleculares y la tasa de incidencia de casos por cada 100,000 habitantes. Cuando los indicadores difieren, se establece el nivel de transmisión comunitaria de acuerdo con el indicador mayor. La figura 2 muestra cómo ha ido evolucionando el nivel la transmisión comunitaria en Puerto Rico desde la semana epidemiológica 10 hasta la semana epidemiológica 13. A grandes rasgos, el nivel de transmisión ha ido en **aumento** durante estas semanas. En la semana epidemiológica 10, la cantidad de municipios que se encontraban en un nivel alto de transmisión fue 11. Para la semana epidemiológica 11, la cantidad de municipios en clasificación alta aumentó a 16 y luego en la semana epidemiológica 12, aumentó a 19.

En el periodo de estudio que comprende este informe (semana epidemiológica 13), un total de 38 municipios se encontraban en nivel alto (color rojo), 22 en nivel sustancial (color anaranjado), 17 municipios en nivel moderado (color amarillo) y 1 municipio en nivel bajo (color azul). El promedio de casos a 7 días fue de 85 casos confirmados y probables por cada 100,000 habitantes y una positividad de 8.1%. Dado que el nivel de positividad fue sustancial (color anaranjado) y la tasa de incidencia de casos fue sustancial (color anaranjado), *la clasificación de transmisión comunitaria en general para Puerto Rico, durante la semana epidemiológica número 13 fue sustancial (color anaranjado).*

Figura 2. Resumen de niveles de transmisión comunitaria en Puerto Rico para las semanas epidemiológicas números 10, 11, 12 & 13.



Las categorías están definidas según el indicador más alto entre incidencia (PCR+, Antígeno+) y positividad (PCR+) durante un periodo de 7 días (semana epidemiológica).



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. 13. Durante el periodo de estudio, la fecha con la mayor cantidad de casos fue el 28 de marzo de 2022 con un total de 616 casos. El total de casos durante esta semana (n=2,725) fue, preliminarmente, mayor en comparación con la semana epidemiológica Núm. 12 (n=1,938).

Tabla 2. Distribución de casos confirmados y probables de COVID-19 en Puerto Rico para la semana epidemiológica número 13.

Fecha	Casos Confirmados	Casos Probables	Total de Casos
3/27/2022	18	39	57
3/28/2022	239	377	616
3/29/2022	188	270	458
3/30/2022	196	319	515
3/31/2022	168	263	431
4/1/2022	184	243	427
4/2/2022	70	151	221
Total	1,063	1,662	2,725

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 448 casos para un 16.4% de la totalidad de casos. El grupo de edad con la tasa de incidencia más alta fue 30-39 años con 120 casos por cada 100,000 habitantes. Los grupos de edad con la tasa de incidencia más baja fueron 70-79 y 80+ años con 38 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 13.

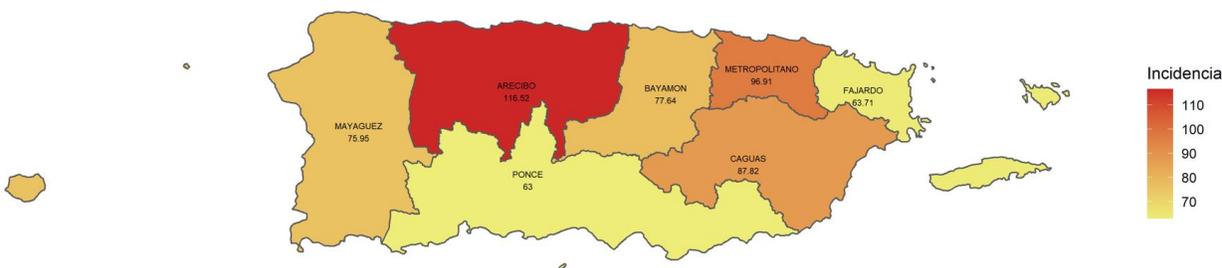
Grupo de Edad	Hombres	Mujeres	Otro	Total de Casos	Población	Incidencia x 100,000 habitantes
0-4	74	57	0	131	117,482	111.5
5-9	88	76	0	164	157,661	104.0
10-19	170	204	0	374	384,380	97.3
20-29	154	231	0	385	436,410	88.2
30-39	169	279	0	448	374,743	119.5
40-49	183	238	0	421	403,033	104.5
50-59	159	210	1	370	431,199	85.8
60-69	131	115	0	246	399,063	61.6
70-79	53	63	0	116	307,883	37.7
80+	37	33	0	70	181,840	38.5
Total	1,218	1,506	1	2,725	3,193,694	85.3

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. 13, la región con mayor tasa de incidencia de casos fue Arecibo con 116.5 casos por cada 100,000 habitantes. La Región de Salud con menor tasa fue Ponce con 63.0 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 13.



La tabla 4, mostrada a continuación, presenta la distribución de la tasa de incidencia por cada 100,000 habitantes en los municipios que comprenden la Región de Salud Metropolitana. El municipio de Guaynabo obtuvo la tasa de incidencia de casos más alta con 129.0 casos por cada 100,000 habitantes, mientras que el municipio de Loíza obtuvo la tasa más baja de la región con 77.4 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 13.

Municipios	Población	Casos	Incidenca x 100,000 habitantes
Guaynabo	83,728	108	129.0
Canóvanas	44,674	45	100.7
Carolina	146,984	147	100.0
San Juan	318,441	289	90.8
Trujillo Alto	63,674	53	83.2
Loíza	24,553	19	77.4
Total	682,054	661	96.9

En la tabla 5 se presenta la distribución de la tasa de incidencia de casos confirmados y probables por cada 100,000 habitantes en los municipios que comprenden la región de Salud de Bayamón. El municipio de Orocovis obtuvo la tasa de incidencia de casos más alta con 113.7 casos por cada 100,000 habitantes, mientras que el municipio de Naranjito obtuvo la tasa de incidencia de casos más baja de la Región de Salud de Bayamón con 29.3 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 13.

Municipios	Población	Casos	Incidencia x 100,000 habitantes
Orocovis	20,220	23	113.7
Corozal	32,293	35	108.4
Barranquitas	27,725	28	101.0
Comerío	18,648	18	96.5
Bayamón	169,269	144	85.1
Dorado	36,141	29	80.2
Toa Baja	74,271	57	76.7
Cataño	23,121	17	73.5
Toa Alta	72,025	42	58.3
Vega Alta	36,061	16	44.4
Naranjito	27,349	8	29.3
Total	537,123	417	77.6

En la tabla 6 se presenta la distribución de la tasa de incidencia de casos confirmados y probables por cada 100,000 habitantes en los municipios que comprenden la Región de Salud de Arecibo. El municipio de Morovis obtuvo la tasa de incidencia de casos más alta con 257.1 casos por cada 100,000 habitantes, mientras que el municipio de Vega Baja obtuvo la tasa más baja de la región con 48.0 casos por cada 100,000 habitantes.

Tabla 6. Tasa de incidencia de casos para los municipios de la Región de Salud de Arecibo para la semana epidemiológica número 13.

Municipios	Población	Casos	Incidencia x 100,000 habitantes
Morovis	30,335	78	257.1
Camuy	30,504	64	209.8
Quebradillas	22,918	32	139.6
Utado	27,395	38	138.7
Barceloneta	23,727	32	134.9
Florida	11,317	13	114.9
Ciales	15,808	18	113.9
Manatí	37,287	35	93.9
Arecibo	81,966	76	92.7
Lares	24,276	20	82.4
Hatillo	39,218	30	76.5
Vega Baja	50,023	24	48.0
Total	394,774	460	116.5

En la tabla 7 se presenta la distribución de la tasa de incidencia de casos confirmados y probables por cada 100,000 habitantes en los municipios que comprenden la Región de Salud de Ponce. El municipio de Juana Díaz obtuvo la tasa de incidencia de casos más alta con 91.8 casos por cada 100,000 habitantes, mientras que el municipio de Jayuya obtuvo la tasa baja de la región con 14.4 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 13.

Municipios	Población	Casos	Incidencia x 100,000 habitantes
Juana Díaz	44,679	41	91.8
Coamo	38,336	35	91.3
Santa Isabel	21,209	18	84.9
Guayama	39,465	33	83.6
Ponce	131,881	100	75.8
Arroyo	17,238	9	52.2
Patillas	16,211	8	49.3
Adjuntas	17,363	8	46.1
Guayanilla	17,623	8	45.4
Salinas	27,128	12	44.2
Yauco	33,575	11	32.8
Villalba	21,372	7	32.8
Peñuelas	19,249	4	20.8
Guánica	15,383	3	19.5
Jayuya	13,891	2	14.4
Total	474,603	299	63.0

En la tabla 8 se presenta la distribución de la tasa de incidencia de casos confirmados y probables por cada 100,000 habitantes en los municipios que comprenden la región de salud de Caguas. El municipio de Aibonito obtuvo la tasa de casos más alta con 135.7 casos por cada 100,000 habitantes. Mientras que el municipio de Naguabo obtuvo la tasa de incidencia de casos más baja de la región de salud de Caguas con 27.2 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 13.

Municipios	Población	Casos	Incidencia x 100,000 habitantes
Aibonito	22,108	30	135.7
Juncos	38,155	48	125.8
Las Piedras	37,007	45	121.6
Gurabo	47,093	50	106.2
Caguas	124,606	129	103.5
Yabucoa	32,282	28	86.7
Cidra	38,307	31	80.9
San Lorenzo	35,989	29	80.6
Maunabo	10,321	7	67.8
Aguas Buenas	24,814	15	60.4
Humacao	50,653	29	57.3
Cayey	42,409	17	40.1
Naguabo	25,761	7	27.2
Total	529,505	465	87.8



En la tabla 9 se presenta la distribución de la tasa de incidencia de casos confirmados y probables por cada 100,000 habitantes en los municipios que comprenden la región de salud de Fajardo. El municipio de Río Grande obtuvo la tasa de casos más alta con 81.2 casos por cada 100,000 habitantes. Mientras que el municipio de Culebra obtuvo la tasa de incidencia de casos más baja de la región de salud de Fajardo con 0 casos por cada 100,000 habitantes.

Tabla 9. Tasa de incidencia de casos para los municipios de la región de salud de Fajardo para la semana epidemiológica número 13.

Municipios	Población	Casos	Incidencia x 100,000 habitantes
Río Grande	48,025	39	81.2
Ceiba	10,904	8	73.4
Luquillo	17,665	11	62.3
Fajardo	29,454	14	47.5
Vieques	8,386	2	23.8
Culebra	1,714	0	0
Total	116,148	74	63.71

En la tabla 10 se presenta la distribución de la tasa de incidencia de casos confirmados y probables por cada 100,000 habitantes en los municipios que comprenden la región de salud de Mayagüez. El municipio de Moca obtuvo la tasa de casos más alta con 197.8 casos por cada 100,000 habitantes. Mientras que el municipio de Maricao obtuvo la tasa de incidencia de casos más baja de la región de salud de Mayagüez con 18.4 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 13.

Municipios	Población	Casos	Incidencia x 100,000 habitantes
Moca	34,891	69	197.8
Aguada	36,694	42	114.5
Cabo Rojo	47,515	42	88.4
San Sebastián	35,528	29	81.6
Añasco	26,161	21	80.3
Isabela	40,423	31	76.7
Hormigueros	15,518	11	70.9
Mayagüez	71,530	42	58.7
Las Marías	7,927	4	50.5
Aguadilla	50,265	23	45.8
Rincón	13,656	6	43.9
Lajas	22,010	9	40.9
Sabana Grande	21,712	8	36.8
San Germán	30,227	11	36.4
Maricao	5,430	1	18.4
Total	459,487	349	76.0



Brotos Activos para la Semana Epidemiológica Núm. 13

A continuación, se presentan la tabla 11 con la información de los brotes activos durante la semana epidemiológica número 13 por Regiones de Salud. Un total de 305 brotes fueron investigados, los mismos incluyen 1,384 casos identificados, 2,205 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 13.

Región	# Brotes	Casos Identificados	Contactos Identificados	Casos Hospitalizados	Casos Fallecidos
Aguadilla	17	89	81	1	0
Arecibo	68	304	395	0	0
Bayamón	35	158	170	0	0
Caguas	43	172	359	2	0
Fajardo	5	20	33	0	0
Mayaguez	31	165	500	0	0
Metro	48	206	363	2	0
Ponce	58	270	304	3	0
Total	305	1,384	2,205	8	0

Nota: Un total de 76 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 13, dividido por Regiones de Salud. Un total de 215 brotes fueron clasificados bajo familiar (70.5%), 6 bajo laboral (2.0%), 0 bajo cuidado de la salud (0.0%), 61 bajo instituciones educativas (20.0%), 0 bajo refugios (0.0%), 11 bajo viajeros (3.6%), 12 bajo comunitarios (3.9%) y 0 bajo pendientes a investigación (0.0%).

Tabla 12. Clasificación de brotes activos, por región de salud al cierre de la semana epidemiológica número 13.

Región	Familiar	Laboral	Cuidado salud	Instituciones Educativas	Refugios	Viajeros	Comunitario	Pendiente	Total
Aguadilla	11	4	0	2	0	0	0	0	17
Arecibo	46	1	0	16	0	3	2	0	68
Bayamón	26	0	0	8	0	1	0	0	35
Caguas	33	1	0	3	0	1	5	0	43
Fajardo	4	0	0	0	0	0	1	0	5
Mayagüez	23	0	0	5	0	0	3	0	31
Metro	26	0	0	21	0	1	0	0	48
Ponce	46	0	0	6	0	5	1	0	58
Total	215	6	0	61	0	11	12	0	305

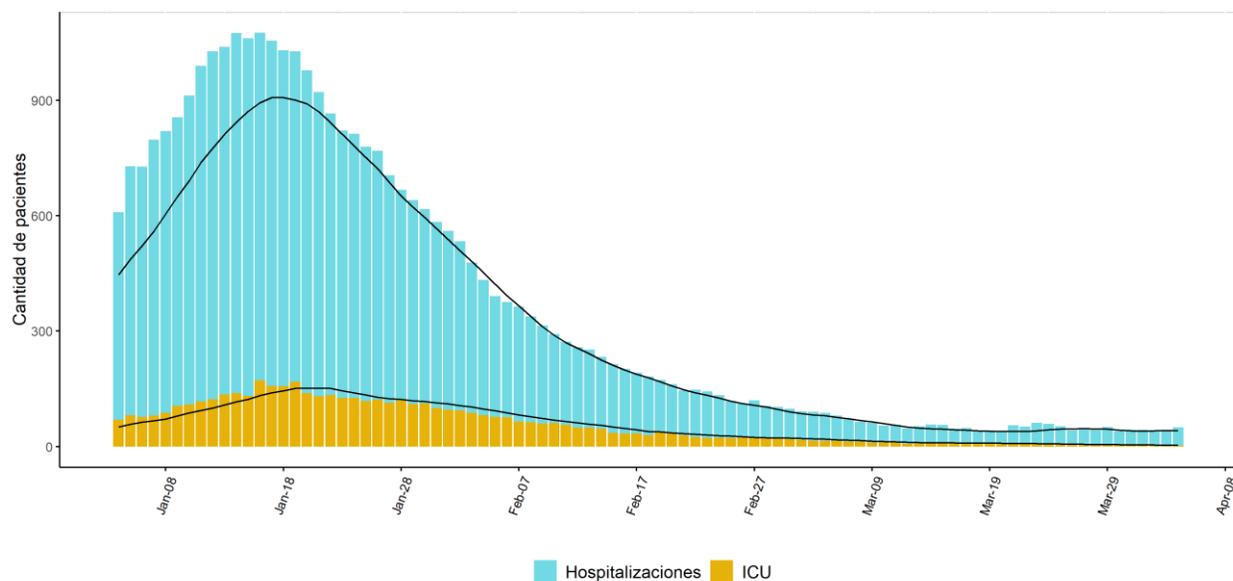
Notas: Un total de 76 municipios presentaron sus informes de brotes. Brotes investigados por vigilancia de cuidado extendido y correccional no se incluyen en esta tabla. Investigaciones sujetas a actualización de datos. La categoría de Instituciones Educativas incluye las siguientes sub-categorías: escuelas 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 4 de enero de 2022 al 4 de abril 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. En la gráfica se refleja una tendencia alta en hospitalizaciones a principios del periodo de este informe donde el número de hospitalizaciones fue 539 con una media móvil a 7 días de 446.6 hospitalizaciones. Las personas hospitalizadas en ICU para este día fueron 70 con una media móvil a 7 días de 51.0 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 en ICU. Al 4 de abril de 2022, Puerto Rico se encontraba, preliminarmente, en una tendencia estable con 48 hospitalizados (con media móvil a 7 días de 42.0) y estable para ICU con 2 personas (con media móvil a 7 días de 3.1).

Gráfica 3. Hospitalizaciones y uso de unidades de cuidado intensivo por COVID-19 en Puerto Rico para el periodo de 4 de enero de 2021 al 4 de abril de 2022.



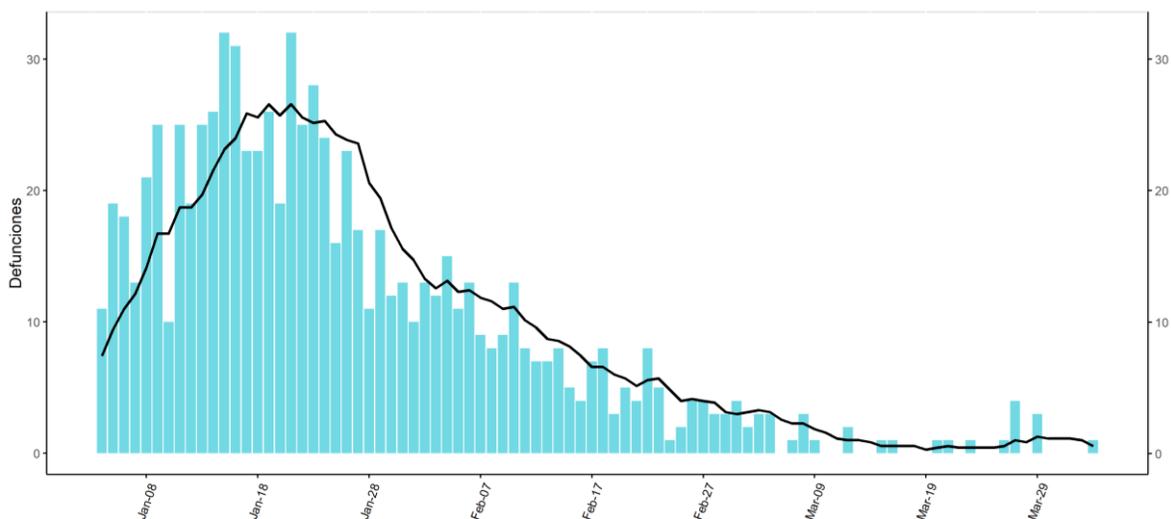
Fuente: Departamento de Salud de Puerto Rico (2022). Ver Nota 3.



Mortalidad COVID-19 en Puerto Rico del 4 de enero de 2022 al 4 de abril 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 ocurrieron 11 defunciones, con una media móvil a 7 días de 7.4 defunciones. Al cierre de la semana epidemiológica número 13, las defunciones se mantenían estables con un promedio a 7 días de 1 defunción diaria.

Gráfica 4. Defunciones por COVID-19 en Puerto Rico para el periodo 4 de enero de 2022 al 4 de abril de 2022.

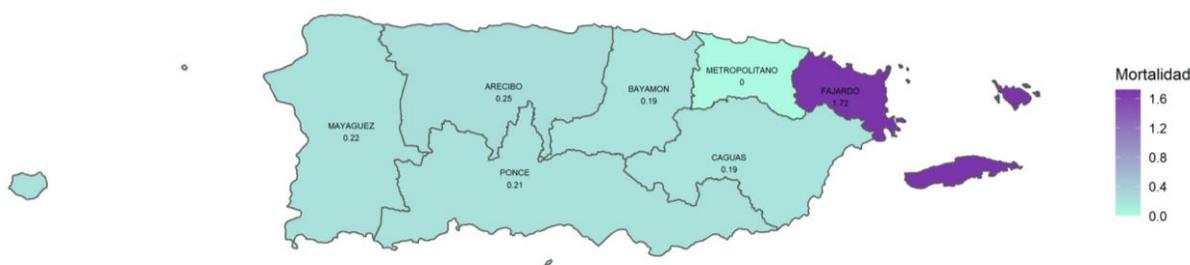


Fuente: Departamento de Salud de Puerto Rico (2022). Disponible en: [Estadísticas V2 \(salud.gov.pr\)](https://estadisticas.salud.gov.pr/).
Ver Nota 4.

Indicadores de Mortalidad para la Semana Epidemiológica Núm. 13 27 de marzo de 2022 al 2 de abril de 2022

La figura 4 presenta la tasa cruda de mortalidad de COVID-19 por cada 100,000 habitantes por las regiones de salud para la semana epidemiológica número 13. La región de salud con la tasa de mortalidad cruda más alta fue Fajardo con 1.7 defunciones por cada 100,000 habitantes. Mientras que las regiones de salud con la tasa de mortalidad cruda más baja para la semana epidemiológica número 13 fue Metropolitano 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 13.



Un total de 7 defunciones ocurrieron en la semana epidemiológica número 13. La región de salud con mayor número de defunciones fue Fajardo con 1.7 defunciones por cada 100,000 habitantes y la región con menor número de defunciones fue Metropolitano (tabla 13). Para la semana epidemiológica número 13, el número de defunciones fue, preliminarmente, mayor a la semana epidemiológica número 12 (total de 4 defunciones).

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

Región	Población	Defunciones	Mortalidad x 100,000 habitantes
Fajardo	116,148	2	1.72
Arecibo	394,774	1	0.25
Mayagüez	459,487	1	0.22
Ponce	474,603	1	0.21
Bayamón	537,123	1	0.19
Caguas	529,505	1	0.19
Metropolitano	682,054	0	0
Total	3,193,694	7	0.22

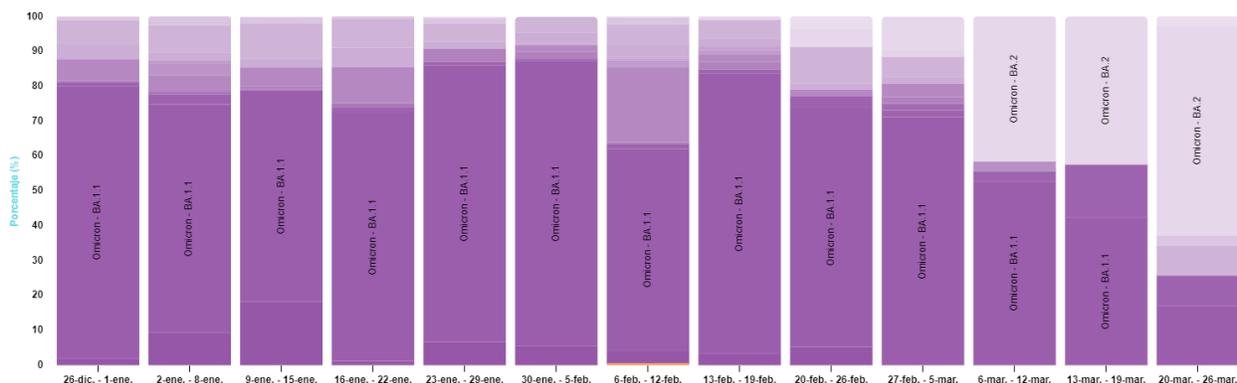
Nota: Tasa de mortalidad cruda por cada 100,000 habitantes.

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

Periodo: 26 de diciembre de 2021 a 26 de marzo de 2022

El gráfico 5 presenta la proporción de linajes y sublinajes detectados por el Sistema de Vigilancia Genómica en Puerto Rico durante el periodo del 26 de diciembre de 2021 al 26 de marzo 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 Ómicron es la variante prevalente en el país. Para el periodo más reciente de análisis, 20 de marzo al 26 de marzo de 2022, la distribución de las variantes secuenciadas eran los siguientes sublinajes de Ómicron: BA.1.1 (n = 6; 17.1%), BA.1.1.1 (n = 3; 8.6%), BA.1.15 (n = 3; 8.6%), BA.1.17 (n = 1; 2.9%), BA.2 (n = 21; 60.0%), BA.2.1 (n = 1; 2.9%) [Ver Nota: Gráfico 5].

Gráfico 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 5-11 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.
 - Promover diagnóstico temprano en poblaciones a mayor riesgo de complicaciones (mayores de 50 años, condiciones crónicas) para que enlacen a tratamientos disponibles.
 - Manejo de caso COVID-19 en el hogar.
 - Uso correcto de pruebas diagnósticas y de cernimiento.
- **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, no aglomerados 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 13 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 19 de diciembre de 2021 hasta el 19 de marzo 2022. Los resultados se presentan por fecha de toma de muestra. Este gráfico 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. A partir del 4 de abril de 2022, los linajes y sublinajes fueron reclasificados (versión de pangolin v4.0); en este informe se incorporaron los cambios. El sistema de vigilancia genómica del Departamento de Salud continúa con casos bajo investigación. Los datos presentados 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 de estos datos.

Comentario Final: Este resumen es actualizado al 4 de abril 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 un **aumento de casos** en comparación con la semana epidemiológica #12. 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