

DEPARTAMENTO DE
SALUD



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

Indicadores para Semana Epidemiológica Número 12
2022

Fecha: 31 de marzo de 2022



Resumen Ejecutivo

Situación de la Epidemia de COVID-19 en Puerto Rico

Datos Actualizados al 29 de marzo de 2022

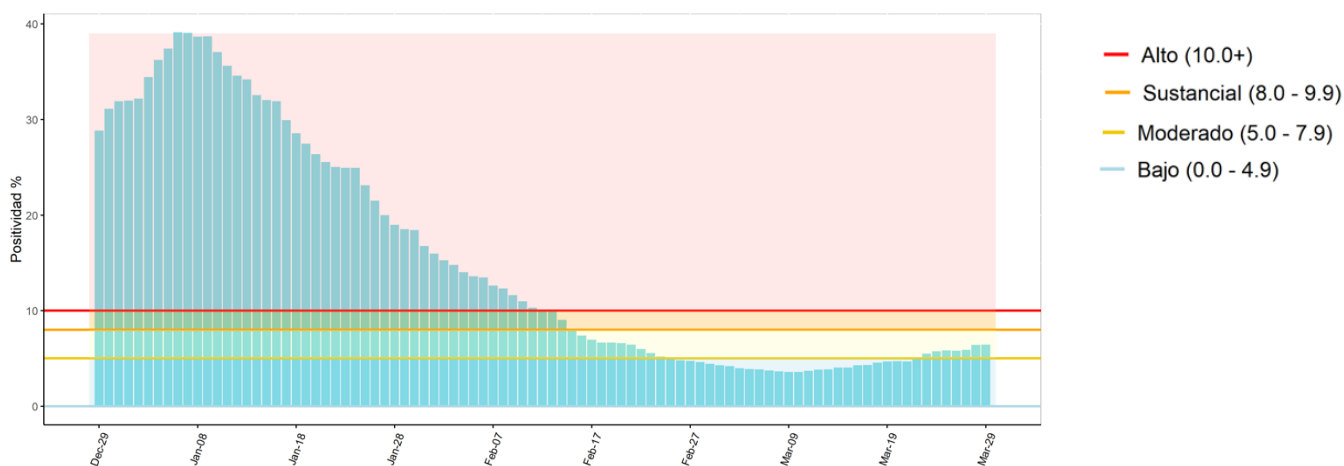
Este resumen ejecutivo incluye indicadores para incidencia, severidad y mortalidad del COVID-19 en Puerto Rico durante el periodo del 29 de diciembre de 2021 al 29 de marzo de 2022. Además, incluye los indicadores específicos para la semana epidemiológica número 12, que comprende el periodo del 20 al 26 de marzo al 2022. Los datos presentados son recopilados y analizados por el Departamento de Salud de Puerto Rico.

Incidencia COVID-19 en Puerto Rico

Periodo: 29 de diciembre de 2021 al 29 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 alto en positividad, donde la positividad estimada fue de 28.9%. Luego de esta fecha, los datos sobre positividad llegaron a un valor mínimo de 3.6% para el 10 de marzo de 2022 y a un valor máximo de 39.1% para el 6 de enero de 2022. Al 29 de marzo de 2022, Puerto Rico se encontraba, preliminarmente, en una tendencia de aumento con una positividad estimada de 6.4%, encontrándose en el nivel bajo de transmisión comunitaria (color azul).

Gráfica 1. Positividad basada en pruebas moleculares en Puerto Rico para el periodo 29 de diciembre de 2021 al 29 de marzo de 2022.



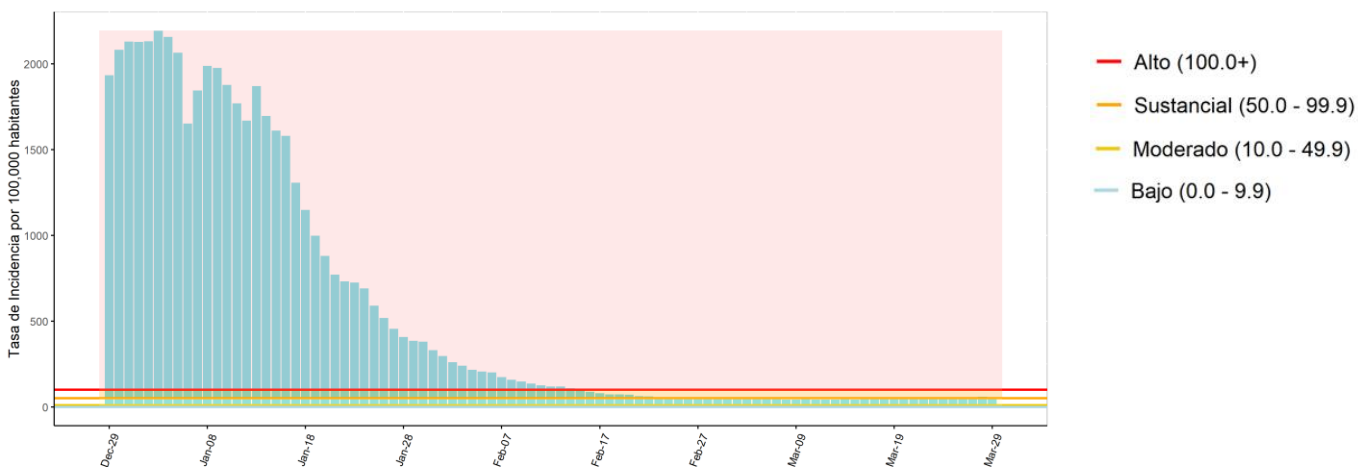
Fuente: Departamento de Salud de Puerto Rico (2022). Ver Nota 1.

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 de casos 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 1,932.5 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 experimento un repunte en aumento de casos llegando a un máximo de 2,193.8 casos por cada 100,000 habitantes el 3 de enero de 2022. Al 29 de marzo de 2022, Puerto Rico se encuentra, preliminarmente, en un aumento de casos con una tasa de 57.7 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 29 de diciembre de 2021 al 29 de marzo de 2022.



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

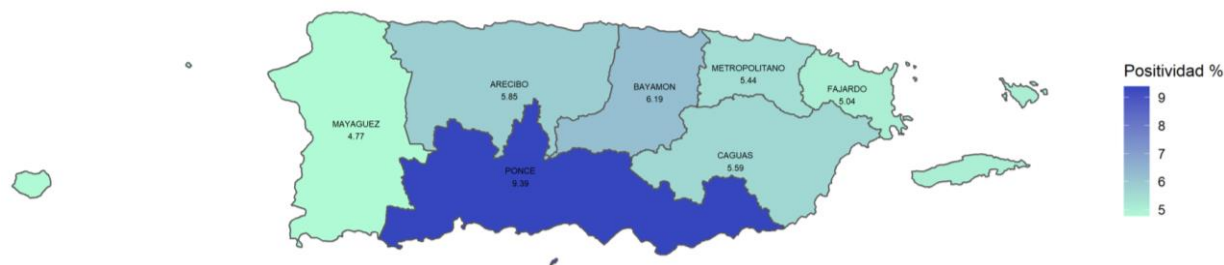
² CDC (2022). Nivel de transmisión comunitaria. Disponible en: https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#cases_community

Indicadores de Incidencia Específicos para la Semana Epidemiológica Núm. 12 Período: 20 al 26 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 12. La positividad general para Puerto Rico fue de 5.9% para la semana epidemiológica 12. La Región de Salud con el porcentaje de positividad mayor fue Ponce con 9.4%, mientras que la región con el porcentaje menor fue Mayagüez con 4.8%.

Positividad

Figura 1. Positividad de pruebas moleculares de COVID-19 en Puerto Rico para la semana epidemiológica número 12.



En la tabla 1 se presenta la positividad basada en pruebas moleculares por grupos de edad para el período del 20 al 26 de marzo de 2022. Durante esa semana, el grupo de edad con mayor positividad fue el de 5-9 años con 8.6%. El grupo de edad con menor positividad para este período fue de 60-69 años con 4.1%.

Tabla 1. Positividad basada en pruebas moleculares por grupos de edad para la semana epidemiológica número 12.

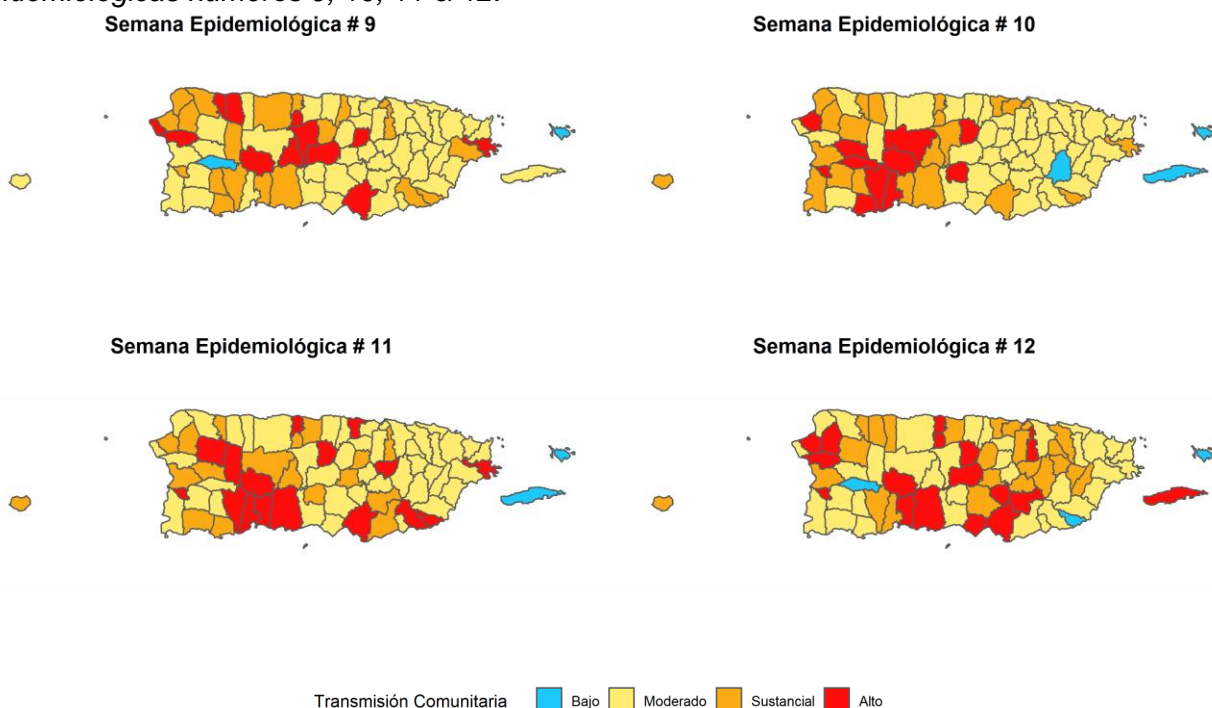
Grupo de Edad	Positividad %
0-4	8.0
5-9	8.6
10-19	5.8
20-29	6.8
30-39	5.9
40-49	5.3
50-59	5.6
60-69	5.2
70-79	4.1
80+	4.9

Transmisión Comunitaria de COVID-19 en Puerto Rico para la Semana Epidemiológica Núm. 12

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 9 hasta la semana epidemiológica 12. A grandes rasgos, entre las semanas epidemiológicas 9 – 12 hay un patrón de aumento en transmisión. En la semana epidemiológica 9, la cantidad de municipios que se encontraban en un nivel alto de transmisión fue 12. Para la semana epidemiológica 10, la cantidad de municipios en clasificación alta disminuyó a 11 y luego en la semana epidemiológica 11, aumentó a 16.

En el periodo de estudio que comprende este informe (semana epidemiológica 12), un total de 17 municipios se encontraban en nivel alto (color rojo), 23 en nivel sustancial (color anaranjado), 35 municipios en nivel moderado (color amarillo) y 3 municipios en nivel bajo (color azul). El promedio de casos a 7 días fue de 57 casos confirmados y probables por cada 100,000 habitantes y una positividad de 5.9%. Dado que el nivel de positividad fue moderado (color amarillo) 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 12 fue sustancial (color anaranjado).

Figura 2. Resumen de niveles de transmisión comunitaria en Puerto Rico para las semanas epidemiológicas números 9, 10, 11 & 12.



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. 12. Durante el periodo de estudio, la fecha con la mayor cantidad de casos fue el 21 de marzo de 2022 con un total de 408 casos. El total de casos durante esta semana (n=1,813) fue, preliminarmente, mayor en comparación con la semana epidemiológica Núm. 11 (n=1,467).

Tabla 2. Distribución de casos confirmados y probables de COVID-19 en Puerto Rico para la semana epidemiológica número 12.

Fecha	Casos Confirmados	Casos Probables	Total de Casos
3/20/2022	17	42	59
3/21/2022	156	252	408
3/22/2022	111	122	233
3/23/2022	151	219	370
3/24/2022	132	196	328
3/25/2022	91	172	263
3/26/2022	56	96	152
Total	714	1,099	1,813

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 40-49 años con un total de 290 casos para un 16.0% de la totalidad de casos. El grupo de edad con la tasa de incidencia más alta fue 5-9 años con 86 casos por cada 100,000 habitantes. El grupo de edad con la tasa de incidencia más baja fue 80+ años con 28 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 12.

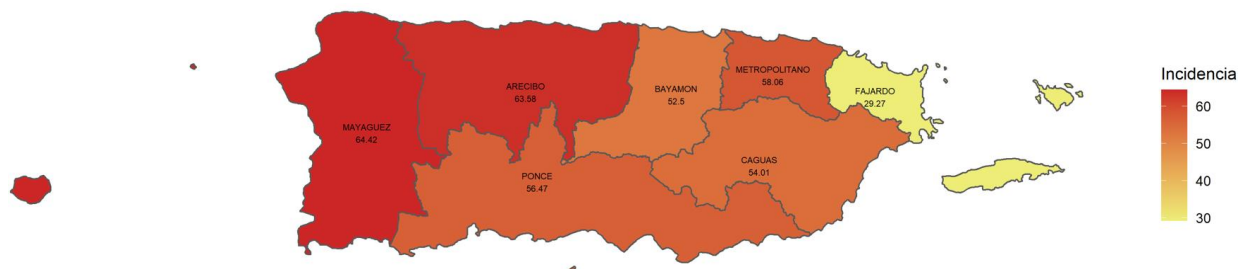
Grupo de Edad	Hombres	Mujeres	Otro	Total de Casos	Población	Incidencia x 100,000 habitantes
0-4	49	37	0	86	117,482	73.2
5-9	58	77	0	135	157,661	85.6
10-19	103	94	1	198	384,380	51.5
20-29	120	149	0	269	436,410	61.6
30-39	103	155	0	258	374,743	68.8
40-49	128	162	0	290	403,033	72.0
50-59	127	142	0	269	431,199	62.4
60-69	78	88	0	166	399,063	41.6
70-79	42	49	0	91	307,883	29.6
80+	25	26	0	51	181,840	28.0
Total	833	979	1	1,813	3,193,694	56.8

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. 12, la región con mayor tasa de incidencia de casos fue Mayagüez con 64.4 casos por cada 100,000 habitantes. La Región de Salud con menor tasa fue Fajardo con 29.3 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 12.



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 95.5 casos por cada 100,000 habitantes, mientras que el municipio de Loíza obtuvo la tasa más baja de la región con 32.6 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 12.

Municipios	Población	Casos	Incidencia x 100,000 habitantes
Guaynabo	83,728	80	95.5
Carolina	146,984	106	72.1
Trujillo Alto	63,674	38	59.7
Canóvanas	44,674	22	49.2
San Juan	318,441	142	44.6
Loíza	24,553	8	32.6
Total	682,054	396	58.1

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 98.9 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 21.9 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 12.

Municipios	Población	Casos	Incidencia x 100,000 habitantes
Orocovis	20,220	20	98.9
Cataño	23,121	17	73.5
Dorado	36,141	23	63.6
Bayamón	169,269	105	62.0
Toa Baja	74,271	41	55.2
Barranquitas	27,725	15	54.1
Corozal	32,293	17	52.6
Comerío	18,648	8	42.9
Toa Alta	72,025	22	30.5
Vega Alta	36,061	8	22.2
Naranjito	27,349	6	21.9
Total	537,123	282	52.5

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 171.4 casos por cada 100,000 habitantes, mientras que el municipio de Lares obtuvo la tasa más baja de la región con 24.7 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 12.

Municipios	Población	Casos	Incidencia x 100,000 habitantes
Morovis	30,335	52	171.4
Florida	11,317	15	132.5
Camuy	30,504	27	88.5
Quebradillas	22,918	19	82.9
Hatillo	39,218	24	61.2
Barceloneta	23,727	14	59.0
Manatí	37,287	18	48.3
Vega Baja	50,023	24	48.0
Arecibo	81,966	37	45.1
Utado	27,395	11	40.2
Ciales	15,808	4	25.3
Lares	24,276	6	24.7
Total	394,774	251	63.6

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 Coamo obtuvo la tasa de incidencia de casos más alta con 99.1 casos por cada 100,000 habitantes, mientras que el municipio de Guayama obtuvo la tasa baja de la región con 22.8 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 12.

Municipios	Población	Casos	Incidencia x 100,000 habitantes
Coamo	38,336	38	99.1
Guayanilla	17,623	17	96.5
Yauco	33,575	25	74.5
Ponce	131,881	88	66.7
Santa Isabel	21,209	14	66.0
Peñuelas	19,249	12	62.3
Salinas	27,128	13	47.9
Adjuntas	17,363	7	40.3
Juana Díaz	44,679	18	40.3
Patillas	16,211	6	37.0
Jayuya	13,891	5	36.0
Guánica	15,383	5	32.5
Arroyo	17,238	5	29.0
Villalba	21,372	6	28.1
Guayama	39,465	9	22.8
Total	474,603	268	56.5

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 104.0 casos por cada 100,000 habitantes. Mientras que el municipio de Maunabo obtuvo la tasa de incidencia de casos más baja de la región de salud de Caguas con 9.7 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 12.

Municipios	Población	Casos	Incidencia x 100,000 habitantes
Aibonito	22,108	23	104.0
Caguas	124,606	88	70.6
Cidra	38,307	27	70.5
Las Piedras	37,007	25	67.6
Juncos	38,155	22	57.7
Gurabo	47,093	26	55.2
Cayey	42,409	21	49.5
Aguas Buenas	24,814	12	48.4
Yabucoa	32,282	14	43.4
San Lorenzo	35,989	12	33.3
Humacao	50,653	10	19.7
Naguabo	25,761	5	19.4
Maunabo	10,321	1	9.7
Total	529,505	286	54.0



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 Luquillo obtuvo la tasa de casos más alta con 45.3 casos por cada 100,000 habitantes, mientras que Culebra obtuvo la tasa más baja de la región 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 12.

Municipios	Población	Casos	Incidencia x 100,000 habitantes
Luquillo	17,665	8	45.3
Vieques	8,386	3	35.8
Fajardo	29,454	8	27.2
Río Grande	48,025	13	27.1
Ceiba	10,904	2	18.3
Culebra	1,714	0	0
Total	116,148	34	29.3

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 169.1 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 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 12.

Municipios	Población	Casos	Incidencia x 100,000 habitantes
Moca	34,891	59	169.1
Hormigueros	15,518	21	135.3
Aguada	36,694	38	103.6
Añasco	26,161	22	84.1
Mayagüez	71,530	53	74.1
San Sebastián	35,528	22	61.9
San Germán	30,227	15	49.6
Cabo Rojo	47,515	18	37.9
Aguadilla	50,265	19	37.8
Sabana Grande	21,712	8	36.8
Isabela	40,423	13	32.2
Lajas	22,010	5	22.7
Rincón	13,656	2	14.6
Las Marías	7,927	1	12.6
Maricao	5,430	0	0
Total	459487	296	64.4

Brotos Activos para la Semana Epidemiológica Núm. 12

A continuación, se presentan la tabla 11 con la información de los brotes activos durante la semana epidemiológica número 12 por Regiones de Salud. Un total de 244 brotes fueron investigados, los mismos incluyen 368 casos confirmados, 697 casos probables, 1,642 contactos cercanos identificados, 10 hospitalizaciones y 0 defunciones.

Tabla 11. Resumen general de brotes activos, por región de salud al cierre de la semana epidemiológica número 12.

Región	# Brotes	Casos Confirmados	Casos Probables	Contactos Identificados	Casos Hospitalizados	Casos Fallecidos
Aguadilla	17	9	82	80	1	0
Arecibo	53	62	168	392	3	0
Bayamón	29	47	68	130	0	0
Caguas	20	29	44	136	0	0
Fajardo	2	0	7	8	0	0
Mayaguez	31	32	114	376	2	0
Metro	36	101	56	259	1	0
Ponce	56	88	158	261	3	0
Total	244	368	697	1642	10	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 12, dividido por Regiones de Salud. Un total de 183 brotes fueron clasificados bajo familiar (75.0%), 3 bajo laboral (1.2%), 40 bajo instituciones educativas (16.4%), 11 bajo viajeros (4.5%) y 7 bajo comunitarios (2.9%).

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

Región	Familiar	Laboral	Cuidado salud	Instituciones Educativas	Refugios	Viajeros	Comunitario	Pendiente	Total
Aguadilla	13	1	0	3	0	0	0	0	17
Arecibo	33	1	0	14	0	3	2	0	53
Bayamón	21	1	0	6	0	1	0	0	29
Caguas	18	0	0	1	0	1	0	0	20
Fajardo	1	0	0	0	0	0	1	0	2
Mayagüez	25	0	0	2	0	0	4	0	31
Metro	24	0	0	11	0	1	0	0	36
Ponce	48	0	0	3	0	5	0	0	56
Total	183	3	0	40	0	11	7	0	244

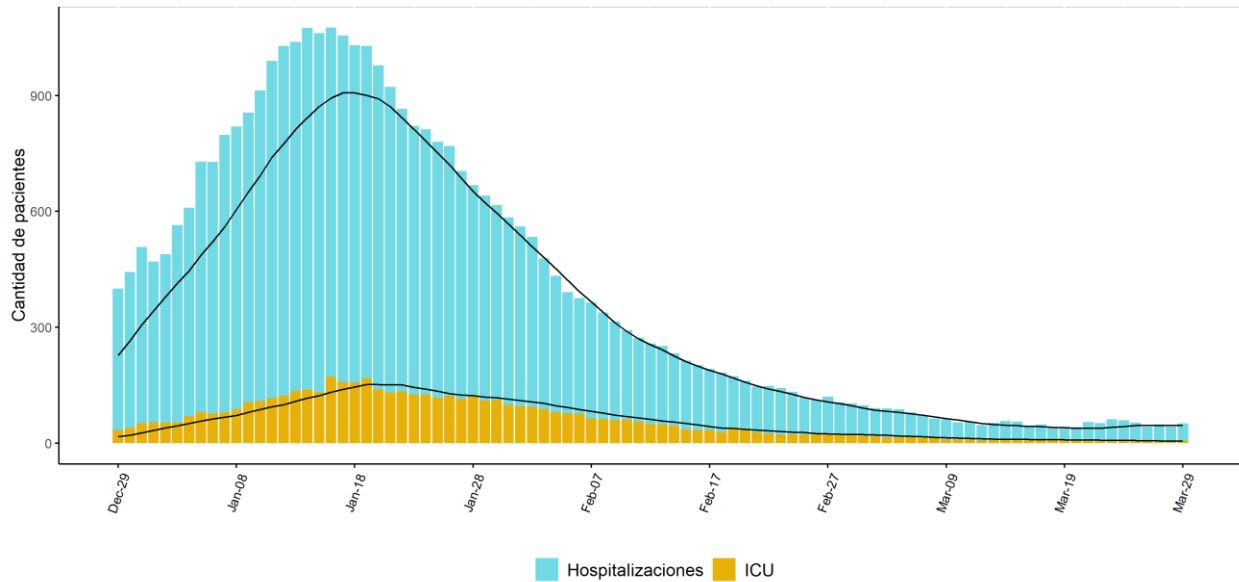
Notas: Todos los municipios presentaron sus informes de brotes. Los brotes investigados por vigilancia de cuidado extendido y correccional no se incluyen en esta tabla. Investigaciones sujetas a actualización de datos. La categoría de Instituciones Educativas incluye las siguientes sub-categorías: escuelas 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 29 de diciembre de 2021 al 29 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. En la gráfica se refleja una tendencia baja en hospitalizaciones a principios del periodo de este informe donde el número de hospitalizaciones fue 366 con una media móvil a 7 días de 227.71 hospitalizaciones. Las personas hospitalizadas en ICU para este día fueron 34 con una media móvil a 7 días de 16.57 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 29 de marzo de 2022, Puerto Rico se encontraba, preliminarmente, en una tendencia estable con 45 hospitalizados (con media móvil a 7 días de 45.86) y estable para ICU con 6 personas (con media móvil a 7 días de 5.29).

Gráfica 3. Hospitalizaciones y uso de unidades de cuidado intensivo por COVID-19 en Puerto Rico para el periodo de 29 de diciembre de 2021 al 29 de marzo de 2022.



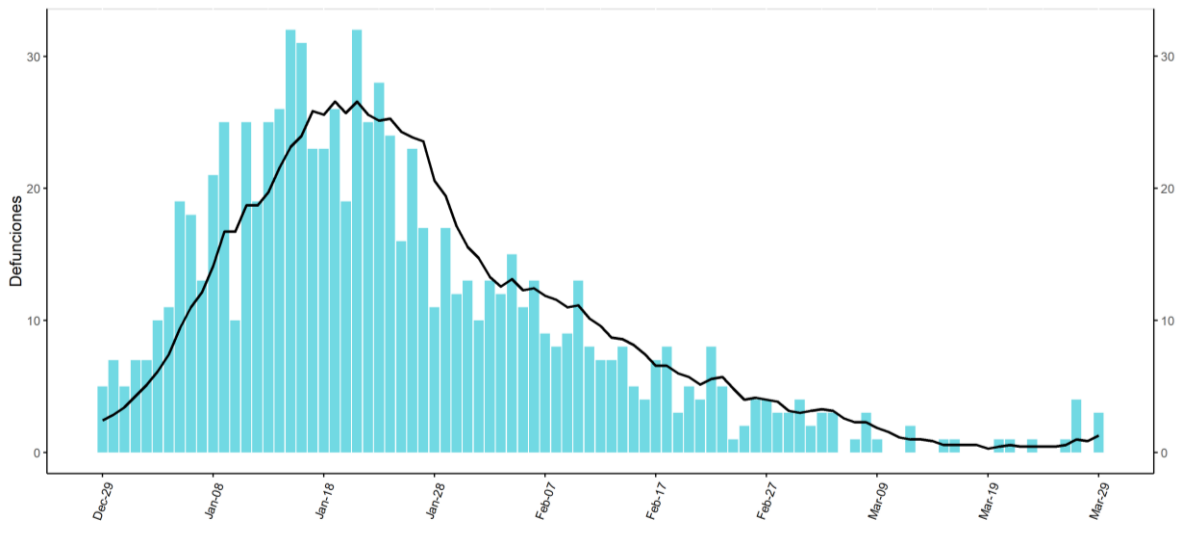
Fuente: Departamento de Salud de Puerto Rico (2022). Ver Nota 3.



Mortalidad COVID-19 en Puerto Rico del 29 de diciembre de 2021 al 29 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 ocurrieron 5 defunciones, con una media móvil a 7 días de 2.43 defunciones. Al cierre de la semana epidemiológica número 12, las defunciones se mantenían estables con un promedio a 7 días de 0.57 defunciones diarias.

Gráfica 4. Defunciones por COVID-19 en Puerto Rico para el periodo 29 de diciembre de 2021 al 29 de marzo de 2022.



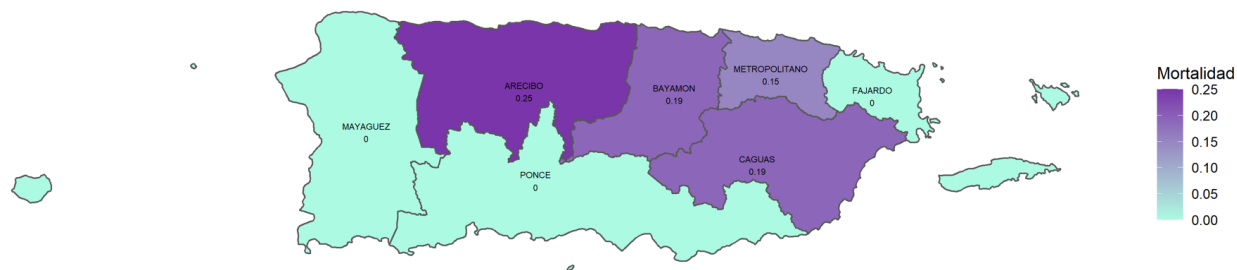
Fuente: Departamento de Salud de Puerto Rico (2022). Disponible en: [Estadísticas V2 \(salud.gov.pr\)](https://estadisticas.v2.salud.gov.pr).
Ver Nota 4.



Indicadores de Mortalidad para la Semana Epidemiológica Núm. 12 20 al 26 de marzo 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 12. La región de salud con la tasa de mortalidad cruda más alta fue Arecibo con 0.25 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 12 fueron Mayagüez, Ponce y 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 12.



Un total de 4 defunción ocurrió en la semana epidemiológica número 11. La región de salud con mayor número de defunciones fue Arecibo con 0.25 defunciones por cada 100,000 habitantes y aquellas regiones con menor número de defunciones fueron Mayagüez, Ponce y Fajardo. (tabla 13). Para la semana epidemiológica número 12, el número de defunciones fue, preliminarmente, mayor a la semana epidemiológica número 11 (total de 1 defunción).

Tabla 13. Defunciones por regiones de salud para la semana epidemiológica número 12.

Región	Población	Defunciones	Mortalidad x 100,000 habitantes
Arecibo	394,774	1	0.25
Bayamón	537,123	1	0.19
Caguas	529,505	1	0.19
Metropolitano	682,054	1	0.15
Mayagüez	459,487	0	0
Ponce	474,603	0	0
Fajardo	116,148	0	0
Total	3,193,694	4	0.13

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

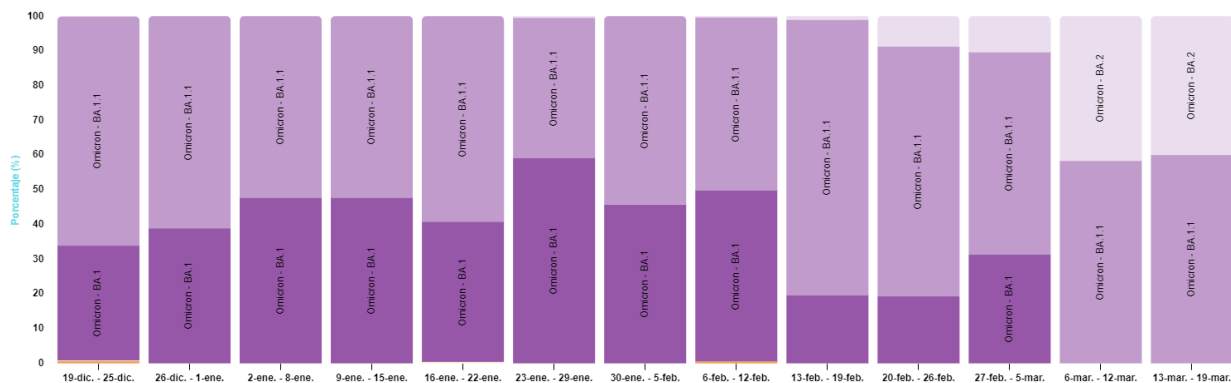


Resumen de linajes y sublinajes de variantes de SARS-CoV-2 detectadas por el Sistema de Vigilancia de Genómica en Puerto Rico

Periodo: 19 de diciembre de 2021 a 19 de marzo 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 19 de diciembre de 2021 al 19 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, 13 de marzo al 19 de marzo de 2022, la distribución de las variantes secuenciadas eran los siguientes sublinajes de Ómicron: BA.1.1 (n = 9; 60.0%) y BA.2 (n = 6; 40.0%).

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 5-11 años, 40-49 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.
- **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 12 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 de 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 29 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 un aumento de casos en comparación con la semana epidemiológica #11. Las recomendaciones de salud pública son necesarias 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