

Informe anual IRA por Virus Nuevo

Código 346

2023

Dirección Territorial de Salud de Caldas
observatoriosocial@saluddecaldas.gov.co

Informe Anual IRA por virus nuevo

Créditos

NATALIA CASTAÑO DIAZ
Directora General

JORGE RUBIO JIMENEZ
Subdirector Salud Pública

Elaboró

ELIZABETH BETANCUR BAÑOL
Grupo Vigilancia epidemiológica

Revisó

ERIKA JULIETH LA ROTTA HURTADO
Coordinadora Vigilancia en Salud Pública

Aprobó

JORGE RUBIO JIMENEZ
Subdirector Salud Pública

Dirección Territorial de Salud de Caldas,
Manizales. Carrera 21 No. 29-29

1. INTRODUCCION

En diciembre del 2019, la Comisión Municipal de Salud de Wuhan (China) notificó un brote de una enfermedad respiratoria (COVID-19) causada por un nuevo coronavirus, el SARS-CoV-2 (14). En la Región de las Américas, los gobiernos pudieron anticipar la llegada de la pandemia de COVID-19

La Región de las Américas fue una de las regiones más afectadas por la COVID-19. Hasta el 25 de octubre del 2022, el SARS-CoV-2 había infectado a más de 624 235 272 personas y causado 6 555 270 muertes en todo el mundo (15). De estos totales, el 28,7% de los casos de infección (179 348 497 personas) y el 43,4% de las muertes (2 848 030 personas) se presentaron en la Región de las Américas (15). Estados Unidos de América, Brasil, México y Perú estuvieron entre los diez países del mundo con el mayor número de muertes relacionadas con la COVID-19 y el mayor número de casos acumulados.2 La mayoría de las muertes se presentaron en Estados Unidos (36,92%), Brasil (23,96%) y México (11,51%) (15)

La pandemia de COVID-19 tuvo una considerable repercusión demográfica en América Latina y el Caribe, con una pérdida de 2,9 años de esperanza de vida al nacer (de 75,1 años en el 2019 a 72,1 años en el 2021) (16). Centroamérica fue la subregión donde hubo la mayor pérdida en la esperanza de vida, con 3,6 años. Este efecto demográfico convierte a la Región de las Américas en la región del mundo que más años de esperanza de vida perdió debido a la pandemia (16)

Panorama del impacto de la enfermedad por el coronavirus del 2019 (COVID-19) en la Región de las Américas

La Región de las Américas fue una de las regiones más afectadas por la COVID-19. Al 25 de octubre del 2022, el coronavirus de tipo 2, causante del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2) había infectado a 624 235 272 personas y causado 6 555 270 muertes en todo el mundo. De estas cifras totales, el 28,7% de los casos de infección (179 348 497 personas) y el 43,4% de las muertes (2 848 030 personas) se registraron en la Región de las Américas. Estados Unidos de América, Brasil, México y Perú estuvieron entre los diez países del mundo con el mayor número de muertes relacionadas con la COVID-19 y el mayor número de casos acumulados (Estados Unidos, 53,2%; Brasil, 19,3%; y Argentina, 5,38%). La mayor parte de las muertes se registraron en Estados Unidos (36,92%), Brasil (23,96%) y México (11,51%). Estos tres países son también los más poblados de la Región. La pandemia de COVID-19 tuvo una considerable repercusión demográfica en América Latina y el Caribe, con una pérdida de 3 años de esperanza de vida al nacer (de 75,1 años en el 2019 a 72,1 años en el 2021). Centroamérica fue la subregión donde se registró la mayor pérdida en la esperanza de vida, con 3,6 años. Este efecto demográfico convierte a la Región de las Américas en la región del mundo en la que se perdieron más años de esperanza de vida debido a la pandemia. Los sistemas de salud y los trabajadores

de salud se vieron sometidos a una enorme presión y no estaban preparados para la crisis prolongada causada por la COVID-19. La Región de las Américas tuvo el porcentaje más alto de alteración de los servicios de salud esenciales (en promedio, el 55% de los servicios de salud se vieron alterados en 27 países, en comparación con el 28% en 23 países de Europa), y la mayor alteración en los servicios de atención primaria (70%).

Panorama general de la respuesta de la Organización Panamericana de la Salud a la COVID-19 Hacia mediados de enero del 2020, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) activó una respuesta a nivel de toda la Organización para brindar apoyo a todos sus Estados Miembros, de conformidad con el plan estratégico de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de preparación y respuesta frente a la COVID-19. El 5 de marzo del 2020, la OPS puso en marcha su estrategia de respuesta y llamado a los donantes para apoyar las medidas de preparación y respuesta frente a la COVID-19 en la Región de las Américas, seguida por su estrategia regional de respuesta a la COVID-19 en el 2021. La estrategia de respuesta de la OPS a la COVID-19 se actualizó periódicamente para reflejar la evolución de la pandemia y los cambios en las necesidades regionales. El plan estratégico de preparación y respuesta se estructuró inicialmente en torno a nueve pilares, pero se revisó en el 2021 para incluir la vacunación como décimo pilar. En el 2022, en la versión actualizada del plan de respuesta se establecieron las medidas necesarias para poner fin a la pandemia en la Región

Declaración sobre la decimoquinta reunión del Comité de Emergencia del RSI (2005) sobre la pandemia de COVID-19

El 4 de mayo de 2023, el Director General de la OMS estuvo de acuerdo con el asesoramiento ofrecido por el Comité de Emergencias del RSI en relación con la pandemia por COVID-19. COVID-19 es ahora un problema de salud establecido y en curso que ya no constituye una emergencia de salud pública de preocupación internacional. Sin embargo, la COVID-19 sigue representando una amenaza de salud mundial. No debemos bajar la guardia, es importante seguir vacunando a los grupos vulnerables y reforzar la vigilancia. También es hora de centrarnos en prepararnos mejor para futuras emergencias y reconstruir mejor para un futuro más sano y sostenible.

El Director General de la OMS coincide con el asesoramiento ofrecido por el Comité respecto de la actual pandemia de COVID-19. Determina que la COVID-19 es ahora un problema de salud establecido y continuo que ya no constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) .

El Director General de la OMS consideró el asesoramiento brindado por el Comité con respecto a las Recomendaciones Temporales propuestas y las emitió según la siguiente declaración. El Director General de la OMS convocará un Comité de Revisión del RSI para asesorar sobre las recomendaciones permanentes para la gestión a largo plazo de la pandemia de SARS-CoV-2, teniendo en cuenta el Plan

Estratégico de Preparación y Respuesta a la COVID-19 2023-2025. Durante esta transición, se recomienda a los Estados Partes que continúen siguiendo las Recomendaciones Temporales emitidas. El Director General expresó su sincero agradecimiento al Presidente, los miembros y los asesores del Comité por su compromiso y asesoramiento durante los últimos tres años. El representante de la Oficina del Asesor Jurídico informó a los miembros y asesores del Comité sobre sus funciones, responsabilidades y mandato en virtud de los artículos pertinentes del RSI. El Oficial de Ética del Departamento de Cumplimiento, Gestión de Riesgos y Ética recordó a los Miembros y Asesores su deber de confidencialidad en cuanto a las discusiones de las reuniones y el trabajo del Comité, así como su responsabilidad individual de revelar a la OMS de manera oportuna cualquier intereses de naturaleza personal, profesional, financiera, intelectual o comercial que puedan dar lugar a un conflicto de intereses percibido o directo. No se identificaron conflictos de intereses para los Vocales y Asesores asistentes. El Presidente del Comité de Emergencia, Profesor Didier Houssin, presentó los objetivos de la reunión: brindar opiniones al Director General de la OMS sobre si la pandemia de COVID-19 continúa constituyendo una ESPII y revisar las Recomendaciones Temporales a los Estados Partes. Si bien la evaluación de riesgos globales sigue siendo alta, hay evidencia de una reducción de los riesgos para la salud humana impulsada principalmente por una alta inmunidad a nivel de la población frente a la infección, la vacunación o ambas; virulencia constante de los sublinajes de Omicron del SARS-CoV-2 que circulan actualmente en comparación con los sublinajes de Omicron que circulaban anteriormente; y una mejor gestión de casos clínicos. Estos factores han contribuido a una disminución global significativa en el número semanal de muertes, hospitalizaciones y admisiones a unidades de cuidados intensivos relacionadas con COVID-19 desde el comienzo de la pandemia. Si bien el SARS-CoV-2 continúa evolucionando, las variantes que circulan actualmente no parecen estar asociadas con una mayor gravedad. La OMS proporcionó actualizaciones sobre el estado de la vacunación mundial y consideraciones sobre las implicaciones de la posible terminación de una ESPII. Se informó al Comité que, a nivel mundial, se han administrado 13.300 millones de dosis de vacunas contra la COVID-19. Actualmente, el 89% de los trabajadores de la salud y el 82% de los adultos mayores de 60 años han completado la serie primaria (una o dos dosis iniciales recomendadas según el calendario de vacunación), aunque la cobertura en estos grupos prioritarios varía en las diferentes regiones. Según lo solicitado por el Comité, la Secretaría de la OMS proporcionó resúmenes del estado de integración de la vigilancia de la COVID-19 en el Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Influenza y oportunidades para simplificarla; el proceso para emitir Recomendaciones Permanentes bajo el RSI; y las posibles implicaciones regulatorias para el Uso de Emergencia Listado (EUL) cuando se cancela una ESPII. Dado que el Director General seguirá autorizando el uso del procedimiento EUL, la terminación de la ESPII no debería afectar el acceso a las vacunas y los diagnósticos que ya hayan recibido un EUL. Los Estados Partes aún podrán acceder a estas vacunas y medios de diagnóstico (siempre que los fabricantes continúen con la producción). COVAX también seguirá proporcionando dosis financiadas y apoyo a la entrega a lo largo de 2023

en línea con la demanda. Esta continuidad puede permitir una transición fluida del EUL a la precalificación de vacunas y diagnósticos. Dado que la gran mayoría de las terapias utilizadas para tratar la COVID-19 son medicamentos reutilizados que ya están autorizados para otras indicaciones, la terminación de una ESPII no debería afectar su estatus regulatorio. Sesión deliberativa sobre el estado de la ESPII El Comité consideró los tres criterios de una ESPII: si el COVID-19 continúa constituyendo 1) un evento extraordinario, 2) un riesgo para la salud pública de otros Estados a través de la propagación internacional, y 3) potencialmente requiere una respuesta internacional coordinada. Discutieron el estado actual de la pandemia de COVID-19. Reconocieron que, si bien el SARS-CoV-2 ha estado y seguirá circulando ampliamente y evolucionando, ya no es un evento inusual o inesperado. El Comité reconoció que el Director General podría decidir convocar en el futuro un Comité de Emergencia del RSI sobre la COVID-19 si la situación lo requiere. La ESPII de la COVID-19 ha impulsado a los países a mejorar sus capacidades funcionales, en particular las relacionadas con la coordinación de emergencias, la vigilancia colaborativa, la atención clínica y la comunicación de riesgos y la participación en la comunicación. El mundo ha logrado avances globales significativos e impresionantes desde la declaración de la ESPII en enero de 2020. Llegar al punto en que se pueda considerar que la COVID-19 ya no constituye una ESPII debe verse como un galardón a la coordinación internacional y al compromiso con la salud global. Como lo ha hecho en reuniones anteriores, el Comité deliberó sobre los posibles beneficios y problemas que plantea el mantenimiento de la ESPII. Si bien la ESPII ha sido un instrumento valioso para apoyar la respuesta global a la COVID-19, el Comité acordó que es el momento adecuado para avanzar hacia la gestión a largo plazo del SARS-CoV-2 como un problema de salud continuo. En el futuro, el Comité sugirió que el Director General considere convocar un Comité de Revisión del RSI para asesorar sobre las recomendaciones permanentes para los riesgos a largo plazo planteados por el SARS-CoV-2, teniendo en cuenta el Plan Estratégico de Preparación y Respuesta a la COVID-19 para 2023-2025. . Al mismo tiempo, el Comité reconoció que los Estados Miembros están negociando actualmente el Acuerdo sobre Prevención, Preparación y Respuesta a Pandemias, discutiendo enmiendas al RSI y considerando las diez propuestas para construir juntos un mundo más seguro fortaleciendo la Arquitectura Global para la Preparación para Emergencias Sanitarias. , Respuesta y Resiliencia (HEPR).Agradecieron a la Secretaría de la OMS y a los Estados Partes por su compromiso sostenido y experiencia técnica, y enfatizaron que este no es el momento de detener el trabajo o desmantelar los sistemas. El Comité destacó que será fundamental abordar las brechas reconocidas durante la pandemia. Destacaron la necesidad de fortalecer los sistemas de salud, continuar con las comunicaciones activas de riesgos y la participación comunitaria, implementar un enfoque de Una Salud para la preparación y respuesta e integrar las actividades de vigilancia y respuesta a la COVID-19 en los programas de salud de rutina. El Comité abogó por que la OMS, sus socios y los Estados Partes dediquen atención y recursos sostenidos a la preparación y la resiliencia ante amenazas emergentes. Recomendaciones temporales emitidas por el Director General de la OMS a todos los Estados Partes Mantener las ganancias de capacidad nacional y prepararse

para eventos futuros para evitar que ocurra un ciclo de pánico y negligencia. Los Estados Partes deberían considerar cómo mejorar la preparación de los países para futuros brotes. En consonancia con las orientaciones de la OMS, los Estados Partes deben actualizar los planes de preparación para una pandemia de patógenos respiratorios incorporando los aprendizajes de las revisiones posteriores a la acción nacionales y subnacionales. Los Estados Partes deben seguir restableciendo los programas de salud afectados negativamente por la pandemia de COVID-19.

Preparación y resiliencia ante amenazas emergentes ;

- Fortalecimiento de la planificación de preparación para una pandemia de patógenos respiratorios: informe de políticas ;
- Resúmenes de políticas de la OMS sobre la COVID-19 ;
- Revisiones de respuesta a emergencias

2. Integrar la vacunación contra la COVID-19 en los programas de vacunación a lo largo de la vida. Los Estados Partes deben mantener los esfuerzos para aumentar la cobertura de vacunación contra la COVID-19 para todas las personas en los grupos de alta prioridad (según se definen en la Hoja de Ruta del SAGE de abril de 2023) con las vacunas recomendadas por la OMS y continuar abordando activamente los problemas de aceptación y demanda de vacunas con las comunidades.

- Estrategia global de vacunación contra la COVID-19 en un mundo cambiante (actualización de julio de 2022) ;
- Hoja de ruta de SAGE (actualizada en marzo de 2023) ;
- Declaración de buenas prácticas sobre el uso de vacunas contra la COVID-19 que contienen variantes ;
- Colaboración continua con IVAC y otros para resumir los estudios de VE, Impulsores sociales y de comportamiento de la vacunación: herramientas y orientación práctica para lograr una alta aceptación .

3. Reunir información de diversas fuentes de datos de vigilancia de patógenos respiratorios para permitir un conocimiento situacional integral. Los Estados Partes deben seguir notificando a la OMS los datos de mortalidad y morbilidad, así como la información de vigilancia de variantes. La vigilancia debe incorporar información de una combinación adecuada de poblaciones centinela representativa, vigilancia basada en eventos, vigilancia de aguas residuales humanas, serovigilancia y vigilancia de poblaciones animales seleccionadas que se sabe que están en riesgo de contraer el SARS-COV-2. Los Estados Partes deberían aprovechar el Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Influenza (GISRS) y apoyar el establecimiento de la Red Mundial de Laboratorios de Coronavirus de la OMS (CoViNet).

- Vigilancia de salud pública para COVID-19

4. Prepararse para que se autoricen contramedidas médicas dentro de los marcos regulatorios nacionales para garantizar la disponibilidad y el suministro

a largo plazo. Los Estados Partes deben fortalecer sus autoridades reguladoras para apoyar la autorización y el uso a largo plazo de vacunas, medios de diagnóstico y terapias.

- Terapéutica y COVID-19: pauta de vida ;
- Vía de atención clínica de COVID-19 ;
- Procedimientos de listado de uso de emergencia ;
- Procedimientos de precalificación de vacunas ;
- Procedimientos de precalificación para diagnósticos in vitro

5. Continuar trabajando con las comunidades y sus líderes para lograr comunicaciones de riesgos y participación comunitaria (RCCE) sólidas, resilientes e inclusivas y programas de gestión de la infodemia. Los Estados Partes deben adaptar las estrategias e intervenciones de RCCE y de gestión de la infodemia a los contextos locales.

6. Continuar levantando las medidas sanitarias relacionadas con los viajes internacionales por la COVID-19 , basándose en evaluaciones de riesgos, y no exigir ninguna prueba de vacunación contra la COVID-19 como requisito previo para los viajes internacionales.

Documento de posición provisional: consideraciones sobre la prueba de vacunación COVID-19 para viajeros internacionales ;

Consideraciones de política para implementar un enfoque basado en riesgos para los viajes internacionales en el contexto de COVID-19

7. Continuar apoyando la investigación para mejorar las vacunas que reduzcan la transmisión y tengan una amplia aplicabilidad; comprender el espectro completo, la incidencia y el impacto de la condición post COVID-19 y la evolución del SARS-COV-2 en poblaciones inmunocomprometidas; y desarrollar vías de atención integrada pertinentes.

SITUACION MUNDIAL DE MORTALIDAD DE INFECCION POR SARS COV 2 COVID 19

En el 2020 el primer año de la pandemia, se registraron globalmente 79. 231 .893 de casos con 1,754. 574 muertes atribuidas; siendo la región más afectada las Américas seguida por Europa. Para final de 2021 el número de casos ascendió a 278. 714. 484 con 5. 393. 950 muertes; a 31 de diciembre de 2022 el total de casos fue de 656. 398. 043 y 6. 672 .752 muertes. Con corte al 17 de diciembre de 2023, el total de casos fue de 772. 838 .745. Casos y 6. 988 .679 muertes acumulada.

GRAFICA 1 SITUACION NACIONAL DE LA INFECCION POR SARS COV 2 EN COLOMBIA A 31 DE DIEIMBRE DE 2023. Los casos de infección por SARS COV 2 habían ascendido en Colombia a 6.406.492, un total de 5.367 Hospitalizaciones, porcentaje de hospitalizaciones de 0,08%, número de casos fatales de 143.118, un porcentaje de letalidad de 2,24% un total de muertes por 100.000 habitantes en 2023, de 1,51



2. MATERIALES Y MÉTODOS.

El presente es un informe descriptivo que contiene los resultados de un análisis retrospectivo de la información de las bases de datos del SIVIGILA departamental y la información obtenida de las actividades del equipo de vigilancia epidemiológica de COVID-19 de la Dirección Territorial de Salud de Caldas durante el año 2023. La información se presenta organizada por semanas epidemiológicas según el calendario del Instituto Nacional de Salud y los indicadores presentados se obtienen utilizando la metodología y las orientaciones del Instituto Nacional de Salud.

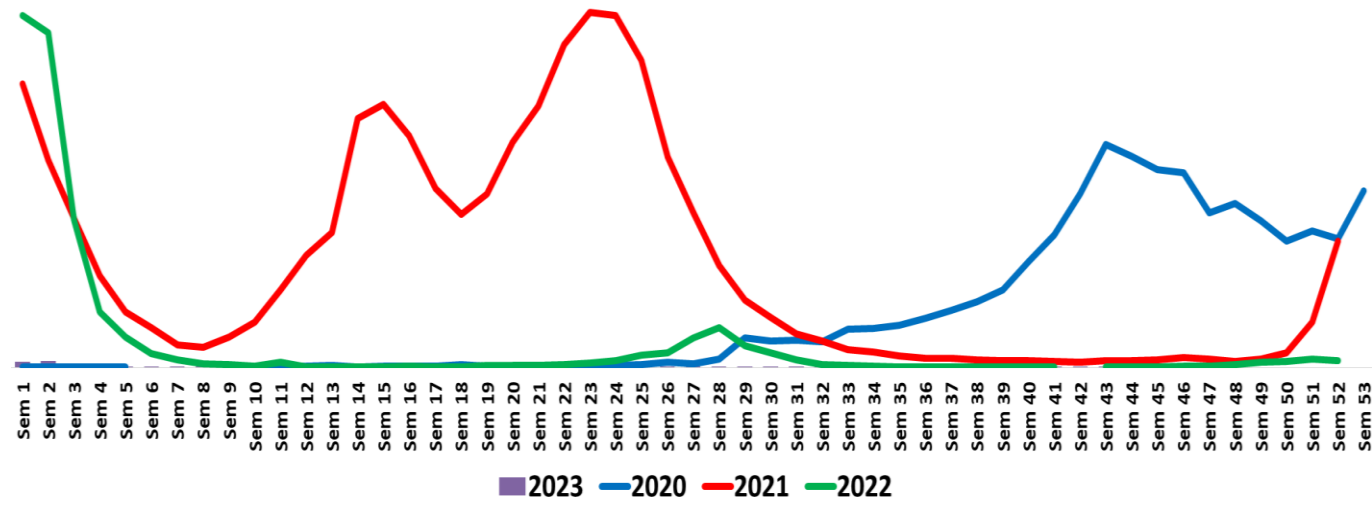
Análisis de la información de los casos de COVID-19 conforme a las variables relacionadas en los datos básicos y complementarios según comportamiento de la enfermedad y el número de muertes por COVID-19.

3. RESULTADOS

INCIDENCIA COVID-19 POR MUNICIPIO EN EL DEPARTAMENTO DE CALDAS A SEMANA 52 DE 2023

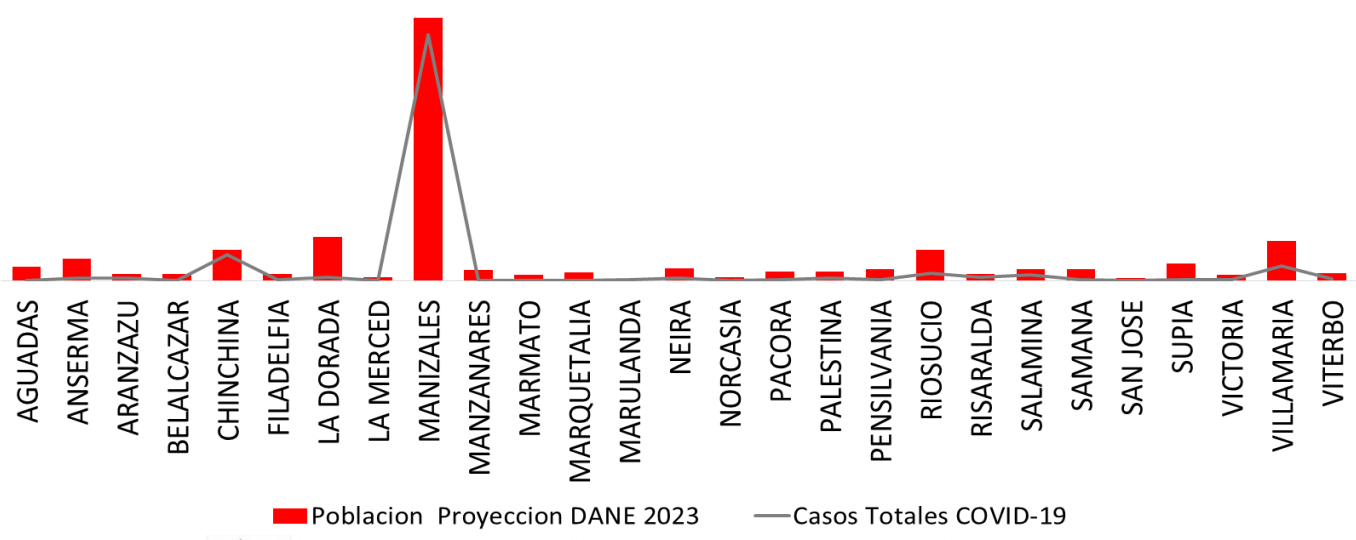
GRAFICA 2: Tendencia de la IRA POR VIRUS NUEVO SARS COV 2 COVID 19 a semana epidemiológica 52 PE XIII de 2023.

De acuerdo con la evolución de la pandemia, en el departamento de Caldas la tendencia es a la disminución de los casos infección por SARS COV 2 .De acuerdo con el análisis de los casos presentados durante la Pandemia de SARS COV 2 en Caldas año 2020: **35.819** casos , año 2021: **68.353** casos, ,año 2022: **14.853** casos, año 2023: **396** casos en Caldas.



FUENTE SIVIGILA CALDAS 2023

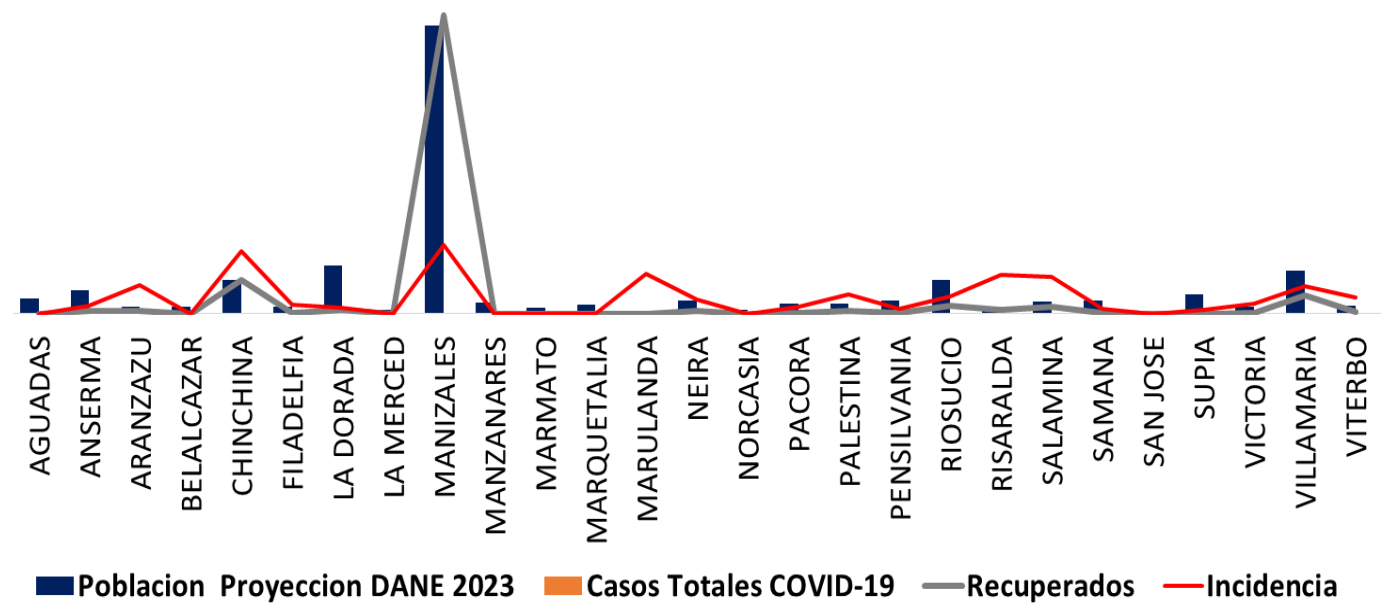
GRAFICA 3 La distribución de casos por Municipio en Caldas, se confirmaron por laboratorio en el Departamento 396 casos de COVID-19 en los 27 municipios del departamento, la siguiente: Manizales presentó la mayor notificación con un total de 301, seguido del municipio de Chinchiná con 32 casos, el municipio de Villamaria con 18 casos, el municipio de Risaralda con 4 casos , el municipio de Salamina con 7 casos.



FUENTE SIVIGILA CALDAS 2023

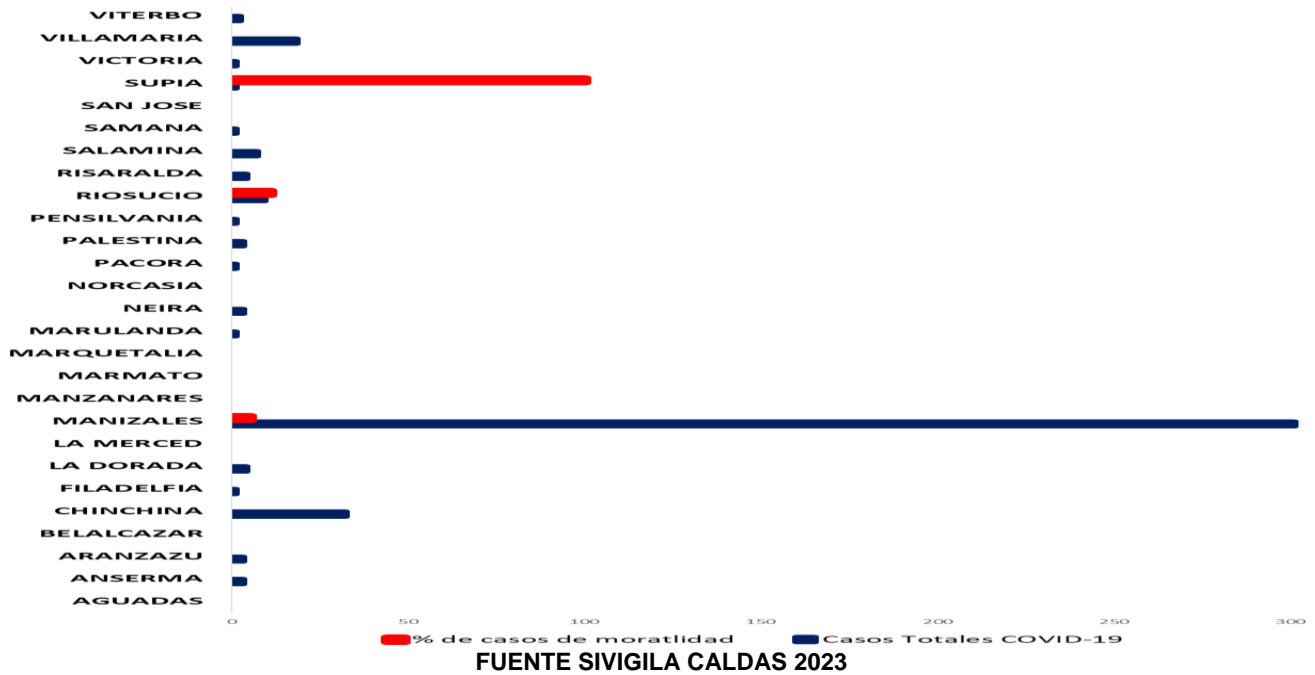
GRAFICA 4: Incidencia de casos de SARS COV 2 COVID 19 en Caldas a SE 52 PE XIII: Se confirmaron por laboratorio en el Departamento de Caldas 396 casos de COVID-19 en los 27 municipios del departamento para una incidencia de 37,8 casos por 100.000 habitantes.

El municipio de Manizales fue el municipio con mayor número de casos, presento una incidencia de 65,7 por cada 100.000 habitantes para un total de casos de 301 le siguen en su orden el municipio de Chinchiná con una incidencia de 59,6 por 100.000 habitantes, el municipio de Risaralda con una incidencia de 36,8 por 100,000 hb y el municipio Salamina con una incidencia de 35,1 por 100.000 habitantes.

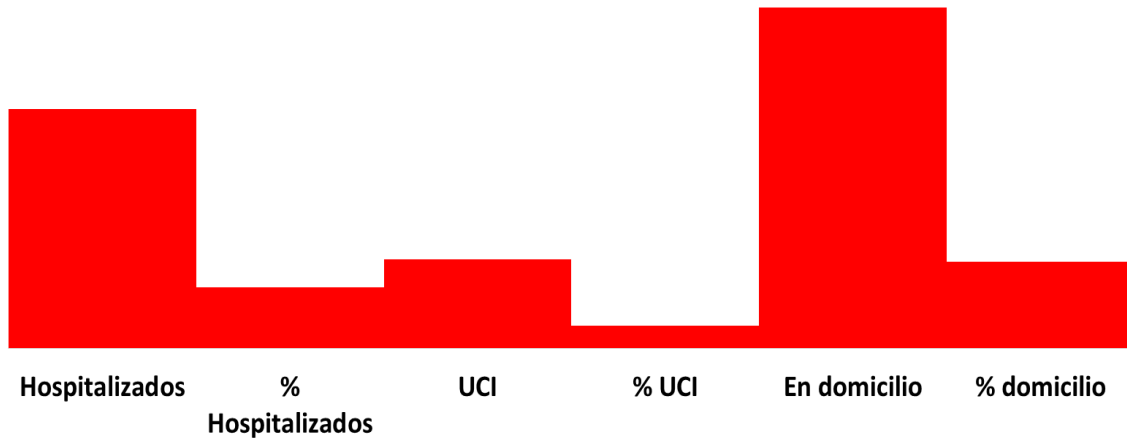


FUENTE SIVIGILA CALDAS 2023

GRAFICA 5 : La distribución de casos de Mortalidad por Municipio desde la semana 01 a 52 , PE XIII de 2023 : del total de los casos (396), el mayor porcentaje de mortalidad lo presentó el Municipio de Supia con el 100% de casos de mortalidad de los casos notificados por este municipio , le sigue en su orden el municipio de Riosucio con 11,1% del total de muertes presentadas por infección por SARS COV2, seguidamente el municipio de Manizales con un 5,3% del total de muertes presentadas,



GRAFICA 6 Distribución entre servicios de pacientes que requirieron atención intrahospitalaria desde la semana 01 a 52, PE XIII de 2023. La distribución entre servicio de atención de los pacientes con covid -19 en el departamento de Caldas, fue la siguiente; hospitalizados sala general, 34,1% del total de casos notificados que corresponde a 135 casos,, hospitalizados UCI el 12,6% de los casos que en total fueron notificados , en domicilio 48,5 % de los casos por SARS COV2 covid -19 que en total fueron 192 en domicilio.



FUENTE SIVIGILA CALDAS 2023

GRAFICA 7 TOTAL DE CASOS RECUPERADOS DE COVID-19, A SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 52 periodo epidemiológico XIII 2023; se observa que en el total de los 27 Municipios del departamento de Caldas se recuperaron 377 casos de los 396 frente a los fallecidos que en total fueron 19 casos

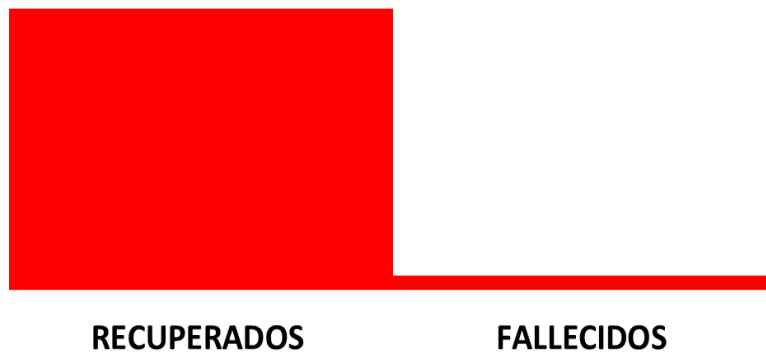


TABLA 1 : COMPORTAMIENTOS DE LAS VARIABLES DE INTERES EN LA VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA POR VIRUS NUEVO COVID-19

VARIABLES DE INTERÉS SOCIODEMOGRÁFICO EN CALDAS INFECCIÓN POR SARS COV 2 COVID 19

SEXO: La proporción de casos de Infección Respiratoria Aguda por Virus Nuevo COVID-19. 2023 por

sexo fue la siguiente: sexo femenino total casos 242 61,40

%

En el sexo masculino la incidencia de 14,5 con el 38,6%

PERTENENCIA ETNICA La proporción de casos de Infección Respiratoria Aguda por Virus Nuevo COVID-19. 2023, de acuerdo con la pertenencia étnica fue la siguiente:

Según el Ministerio de Salud y Protección Social el departamento de Caldas cuenta con una población aproximada de 68.366 personas que se identifican y auto reconocen como indígenas y habitan en los municipios de Rio sucio, Supia, Anserma, Marmato, Belalcazar, San José, Neira, Filadelfia, Palestina y Viterbo. Indígena 1,8 % con 7 casos y una incidencia de 0,7 por cada 100.000 habitantes

Población raizal 1 caso, el 0,1%, de total de casos notificados el 98% se identifica como otra pertenencia étnica con 386 casos

RÉGIMEN DE AFILIACION: La proporción de casos de Infección Respiratoria Aguda por Virus Nuevo COVID-19. 2022, de acuerdo con el régimen de afiliación fue la siguiente: régimen contributivo 76,6%, incidencia de 28,9, total casos 302. Régimen de excepción 18 casos con 4,6% y una incidencia de 1,7. Por cada 100.000 habitantes

ÁREA DE OCURRENCIA del evento, en el Departamento de Caldas se presentaron 339 casos en la cabecera municipal, el 86 ,0% con un incidencia de 32,4, por cada 100.000 habitantes Centro poblado con 31 casos, el 6,1% incidencia del 3,0 por cada 100.000 habitantes, y en la zona rural dispersa 24 casos, el 6.1% con una incidencia de 2,3% por cada 100.000 habitantes

GRUPOS DE EDAD del evento, en el Departamento de Caldas se presentaron 396 casos en la población mayor de 60 años, el 20.5%, con una de las tasas de mortalidad más elevada.

La población más afectada fueron los adultos mayores de 65 años con 170 casos de infección por SARS-cov2 con el 86% y una incidencia de 16,2 por cada 100.000 habitantes

Variable	Categoría	Casos	%	Incidencia
Sexo	Femenino	242	61,4	23,1
	Maculino	152	38,6	14,5
	Indígena	7	1,8	0,7
Pertenencia étnica	Rom Gitano	0	0,0	0,0
	Palenquero	0	0,0	0,0
	AfroColombiano	0	0,0	0,0
	Raizal	1	0,3	0,1
	Otro	386	98,0	36,9
	Contributivo	302	76,6	28,9
Tipo de régimen en salud	Especial	4	1,0	0,4
	Excepción	18	4,6	1,7
	No Asegurado	11	2,8	1,1
	Indeterminado	5	1,3	0,5
	Subsidiado	54	13,7	5,2
	< 1 Año	9	2,3	0,9
	1 a 4 Años	7	1,8	0,7
	05 a 9 Años	0	0,0	0,0
	10 a 14 Años	3	0,8	0,3
	15 a 19 Años	6	1,5	0,6
Grupos de edad	20 a 24 Años	11	2,8	1,1
	25 a 29 Años	15	3,8	1,4
	30 a 34 Años	26	6,6	2,5
	35 a 39 Años	21	5,3	2,0
	40 a 44 Años	21	5,3	2,0
	45 a 49 Años	17	4,3	1,6
	50 a 54 Años	31	7,9	3,0
	55 a 59 Años	28	7,1	2,7
	60 a 64 Años	29	7,4	2,8
	65 y más Años	170	43,1	16,2
Area de Ocurrencia	Cabecera Municipal	339	86,0	32,4
	Centro Poblado	31	7,9	3,0
	Rural Disperso	24	6,1	2,3

Fuente SIVIGILA Caldas 2023

4. CONCLUSIONES

En el año 2023 en el Departamento de Caldas realizó un proceso de vigilancia adaptado a los lineamientos de vigilancia en intensificada de la IRA del Instituto Nacional de Salud. Se observa una menor afectación por covid -19 en los diferentes grupos de edad en la población caldense con respecto al año anterior, se observa que la incidencia de mortalidad ha disminuido con respecto al 2022, la incidencia de pacientes en UCI disminuyó y aumentó el porcentaje de pacientes recuperados.

Los procesos de vacunación contra el covid 19 han permitido la mitigación del impacto de la pandemia aunque es importante tener presente que algunos de los casos de mortalidad por covid-19, los afectados no tenían esquema de vacunación o lo tenían incompleto.

RECOMENDACIONES:

- Todo caso sintomático debe cumplir aislamiento durante siete días desde la fecha de inicio de síntomas. En este caso se debe solicitar valoración a la EAPB para la estratificación de riesgo teniendo en cuenta grupos de riesgo, comorbilidad, ocupación); de acuerdo con esta valoración la EAPB y su red de prestación de servicios decidirá la necesidad de atención del paciente, así como la realización de prueba confirmatoria. 2. Contacto asintomático: si cuenta con el esquema de vacunación completo establecido con sus fases y etapas de acuerdo con el Plan Nacional de Vacunación Contra COVID19 y el Ministerio de Salud y Protección Social no requerirá realizar aislamiento; deberá mantener medidas de protección personal (uso de tapabocas, lavado de manos). 3. Caso asintomático con resultado positivo identificado en actividades de tamizaje deberá ser notificado al sistema de vigilancia y deberá cumplir con aislamiento durante siete días. 4. Los casos probables en trabajadores de la salud siempre deben tener muestra respiratoria para confirmar o descartar la infección.¹

Las vacunas seguras y eficaces son una herramienta que cambia las reglas del juego; sin embargo, en el futuro inmediato debemos seguir usando mascarillas, limpiándonos las manos, ventilando bien los espacios interiores, manteniendo el distanciamiento físico y evitando los lugares concurrido.

Las vacunas contra la COVID-19 protegen contra esta enfermedad porque inducen inmunidad contra el virus SARS-Cov-2 que la causa, es decir, reducen el riesgo de que de este cause síntomas y tenga consecuencias para la salud. La inmunidad, que ayuda a las personas vacunadas a luchar contra este virus en caso de infección, reduce la probabilidad de que lo contagien a otras personas y, por tanto, también protege a estas. Este fenómeno reviste especial importancia porque permite proteger a los grupos que corren más riesgo de presentar síntomas graves de la COVID-19, como los profesionales de la salud, los ancianos y las personas que presentan determinadas enfermedades.²

¹ ANEXO. INSTRUCTIVO PARA LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA INTENSIFICADA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA Y LA ENFERMEDAD ASOCIADA AL NUEVO CORONAVIRUS 2019 (COVID-19)

² [https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-\(covid-19\)-vaccines](https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-(covid-19)-vaccines)

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Salud, Colombia [Internet] [Fecha de consulta: [03/05/2022]. Disponible <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojN2ZlM2NmOTgtOWMwYS00NDNlLTlkMWItOGMyNWYyNmQ5NmM5IiwidCI6ImE2MmQ2YzdiLTImNTktNDQ2OS05MzU5LTM1MzcxNDc1OTRiYiIsImMiOjR9&pageName=ReportSection6d23b54da26648396033%206%20de%20enero%20de%202022%2014:27>
2. Evaluación de la respuesta de la Organización Panamericana de la Salud a la COVID-19 2020-2022 [Internet] [Fecha de consulta: [Mayo 2024].
3. Instituto Nacional de Salud, Colombia [Internet] [Fecha de consulta: [Mayo 2024]. Disponible <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/orientaciones-vigilancia-salud-publica-covid.pdf>
4. Instituto Nacional de Salud, Colombia [Internet] [Fecha de consulta: [Mayo 2024]. Disponible <https://www.ins.gov.co/Noticias/paginas/coronavirus.aspx>
5. OMS. Enfermedad por coronavirus COVID-19 orientación técnica. [Internet] [Fecha de consulta: Mayo 2024]. Disponible en: [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus2019/technical-)
[coronavirus2019/technical-](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus2019/technical-)
6. Salud de las Américas OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [cited 2023 May]. Available from: <https://hia.paho.org/es>
7. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [cited 2023 May]. Available from <https://www.paho.org/es/documentos/covid-19-respuesta-opsoms-reporte-81-agosto-2022>.
8. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [cited 2024 May]. Available <https://hia.paho.org/es>.
9. Tres variantes del virus de la COVID-19 encontradas en 14 países de las Américas, informa la OPS [Internet] [Fecha de consulta: Mayo 2024] <https://www.paho.org/es/noticias/28-1-2021-tres-variantes-virus-covid-19-encontradas-14-paises-america-informa-ops>.
10. OMS. Tablero COVID-19 de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2020, consultados el 03/05/2023]. Disponible en: Disponible en línea: <https://covid19.who.int/>
11. Reporte de situación Covid-19 en Colombia, OPS .OMS, consultados el 03/05/2024 a través del linkfile:///C:/Users/elibeba/Downloads/sitrep-291-covid19opscol08122022.pdf
12. PROTOCOLO PARA LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA INTENSIFICADA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA Y LA ENFERMEDAD ASOCIADA AL NUEVO CORONAVIRUS 2019 (COVID-19).
13. OMS consultados el 03/05/2024 a través del link [https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-\(covid-19\)-vaccines](https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-(covid-19)-vaccines)



(6) 880 1620



Carrera 21 # 29-29



saluddecaldas.gov.co