

Entre todos podremos reducir la afectación por Ómicron:

Minsalud - El ministro hizo un llamado para acceder a la vacunación y mantener las medidas de autocuidado en esta época de incremento de interacciones.

El ministro de Salud y Protección Social, Fernando Ruiz Gómez, dio a conocer que con el Comité Asesor Epidemiológico se hizo una revisión de toda la evidencia científica que se conoce hasta el momento sobre la variante Ómicron que, como el país ya conoce, fue identificada en Colombia.

Teniendo en cuenta esto, hizo un llamado a los colombianos para que en esta época en la que se incrementan las interacciones por las festividades, se priorice la vacunación contra el covid-19 y se mantengan las medidas de autocuidado.

Asimismo, señaló que como todos los ciudadanos saben, desde la última semana de agosto se ha venido manteniendo una larga meseta de bajo contagio y baja mortalidad, que ha permitido mantener una apertura importante de las actividades económicas y sociales en el país y eso ha permitido también una mayor circulación de personas en todo el territorio nacional.

“En la revisión que hemos tenido, evidenciamos que hay unos picos que se insinúan en las ciudades de Bogotá, Medellín y Cali; un aumento todavía incipiente, pero importante en el número de casos, no así en la mortalidad, y que nos despierta una alerta sobre la posibilidad de crecimiento en los contagios en las próximas semanas”, relató Ruiz Gómez.

En ese sentido, destacó que esto está obviamente relacionado con las mayores interacciones sociales de diciembre, que ya por experiencia del año pasado el país conoce que impactan de manera importante sobre el crecimiento en los contagios.

Por ello, reseñó el ministro, esto indica que se debe dar una advertencia a la población colombiana sobre la

importancia de tomar medidas preventivas frente a esta variante.

“La variante Ómicron ha probado ser de cinco a 10 veces más contagiosa que la variante Delta según algunos estudios y también con un periodo de incubación más corto, lo cual permite un mayor número de contagios entra la población y un crecimiento del número de casos supremamente rápido”, explicó el jefe de la Cartera de Salud.

Destacó que es cierto que Ómicron hasta ahora ha mostrado tener una menor severidad, representada en menor acceso a Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) y menor mortalidad, sin que esto quiera decir que no pueda haber mortalidad por esta variante.

“Es muy importante que durante estos últimos días de diciembre y los primeros días de enero, cuando se incrementan las interacciones, mantengamos medidas muy estrictas de uso de tapabocas, distanciamiento físico, seguimiento de protocolos en diferentes establecimientos a nivel nacional, que los señores alcaldes tomen las medidas que sean necesarias para abordar esta situación y el eventual crecimiento en contagios”, recomendó el ministro.

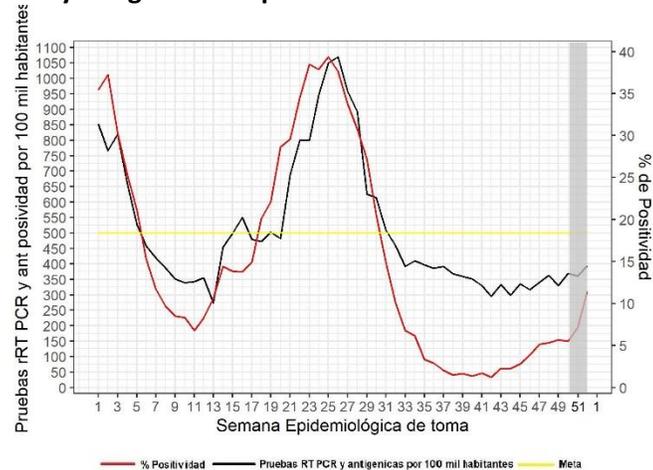
Asimismo, destacó que adicionalmente y muy importante, que aquellas personas que no se han vacunado, acudan de manera inmediata a vacunarse; aquellos que les falta una dosis, también concurren a aplicarse la dosis que le hace falta y todos los mayores de 18 años acudan a tomar su dosis de refuerzo cuando les corresponda.

“La vacunación, como lo muestra la evidencia científica, es la medida más efectiva para reducir los contagios por Ómicron. Nosotros no queremos una situación donde haya una alta mortalidad; tenemos las vacunas disponibles y los colombianos deben concurrir y deben inmediatamente acercarse a vacunarse”, aseguró el ministro, al dejar claro que, si se encuentra de paseo o de vacaciones, puede vacunarse en cualquier zona del país.

“Hay vacunas disponibles para poder a cuidar y protegerse y proteger a sus seres queridos y a toda la comunidad”.

Fuente: Boletín No. 1281 de 2021 ministerio de salud. 29 de diciembre de 2021.

Grafico 1 Positividad de las pruebas diagnósticas RT PCR y antigénicas de para SARS CoV-2 el Huila.



Fuente: SSDH

La línea horizontal amarilla representa la meta de 500 pruebas de RT PCR y antigénicas por semana por 100 mil habitantes, según la fecha de toma, el departamento del Huila supero esta meta hasta la semana 6 y luego a partir de la semana 20 hasta la semana 31 de 2021.

En la semana 52 se tomaron 4460 pruebas (1367 más que en la semana anterior), con una tasa de 394,01 por 100 mil habitantes lo que representa un aumento del 44,7% con respecto a la semana anterior, sin contar con el rezago por los reportes pendientes.

El porcentaje de positividad fue de 11,48% aumentó el 72,9% con respecto a la semana anterior, teniendo en cuenta que hay rezago de reportes pendientes.

Tabla 1. Conglomerados del COVID 19. Huila.

Tipo de Conglomerado	Número de Conglomerados	Casos Confirmados	Muestras tomadas	Muertos	Abierto	Cerrado	% Positividad
Instituciones de Salud	96	655	1822	19	0	96	35,9
Instituciones Educativas	4	25	232	0	0	4	10,8
Empresas	135	1066	2931	4	0	135	36,4
Policia	28	329	488	0	0	28	75,1
FFMM	19	127	212	1	0	19	59,9
Centros de protección	30	389	786	35	0	30	49,5
Población Carcelaria	13	1257	2785	6	0	13	45,1
Indigenas	5	26	138	2	0	5	18,8
Comunitario	13	144	953	3	0	13	15,1
Plaza de mercado	1	10	188	0	0	1	5,3
Migrantes	2	11	68	1	0	2	16,2
Total General	346	4039	10553	71	0	346	38,3

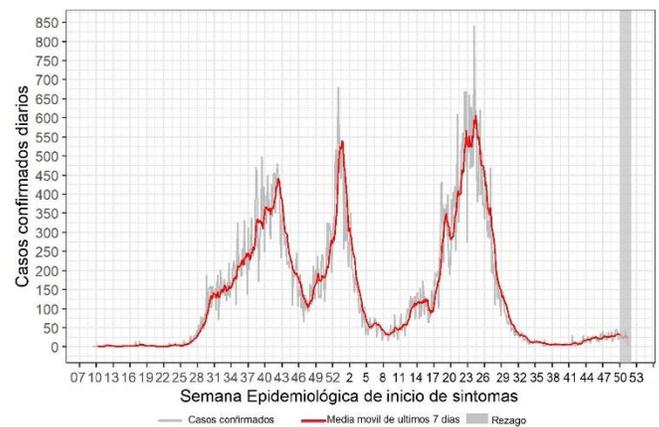
Fuente: SSDH

El 39% de los conglomerados lo generan las empresas, aumentando el riesgo de exposición a la infección en este entorno laboral con atención al público, seguido por las instituciones prestadoras de servicios de salud con el 27,7%; sin embargo, la tasa más alta de positividad se registró en la PONAL con el 75,1%.

La relación del total de casos confirmados por conglomerados y sus contactos es de 2,6 casos, con una letalidad acumulada del 1,76%.

Durante la semana 52 no se presentaron conglomerados nuevos en el departamento.

Grafico 2. Casos confirmados de COVID 19 (fecha de inicio de síntomas).

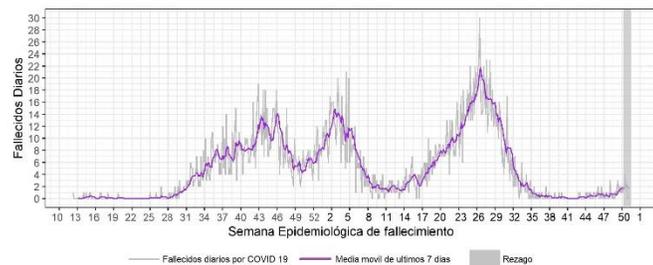


Fuente: SSDH

En el departamento del Huila el primer pico epidémico se presentó entre las semanas 35 y 47 de 2020 donde el mayor número de casos se presentó en la semana 42 y una duración total de 91 días, el segundo pico epidémico fue entre la semana 47 de 2020 y semana 6 del 2021 donde la semana 1 presentó el mayor número de casos y su duración fue de 84 días. El tercer pico epidémico se presentó entre las semanas 20 y 32 de 2021, siendo la semana 25 la de mayor número de casos, este tercer pico epidémico ha sido el de mayor número de casos diarios, con un máximo de 231.

En la semana 52 de 2021 se reportaron 135 casos por fecha de inicio de síntomas, 118 casos más que en la semana anterior, con un promedio de 22,7 diarios.

Grafico 3. Incidencia de casos fatales por COVID 19 en el Huila- promedio móvil de 7 días.



Fuente: SSDH

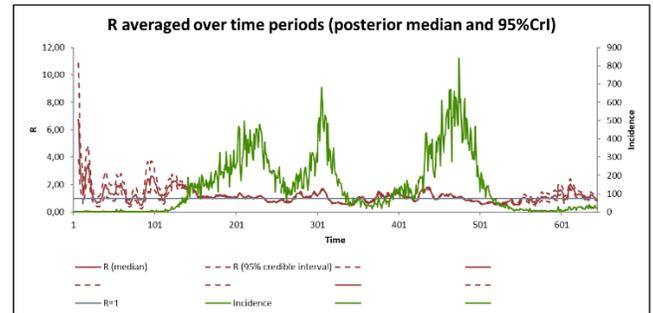
El día con mayor número de defunciones desde el inicio de la pandemia había sido el 4 de febrero del 2021 con 21 casos por fecha de defunción. En la semana 17, inicia de nuevo el aumento de fallecidos, el cual se prolonga hasta la semana 27.

El 8 de julio, fallecieron 26 personas por COVID 19, y el 6 de julio 22, siendo así la semana 27 de 2021 con mayor fallecidos de toda la pandemia.

En la semana 52 se presentaron 5 muertes por covid 19 según fecha de defunción, (7 menos que en la semana

anterior) con un promedio de 0,71 diarios, representando un descenso del 58,8% con respecto a la semana anterior teniendo en cuenta el rezago de la información.

Grafico 4. Número reproductivo efectivo promedio de 15 días (IC 95%)

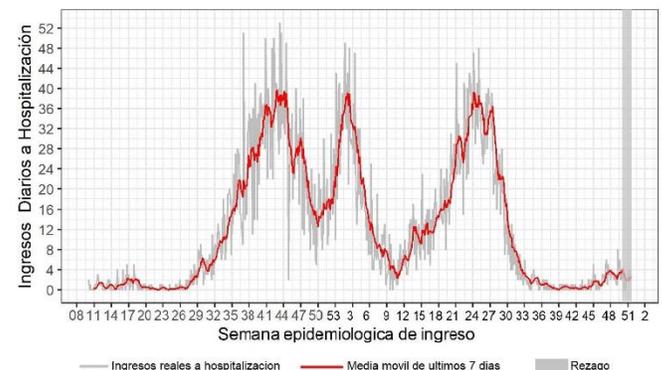


Fuente: SSDH

El día con mayor notificación de casos en el tercer pico fue de 904 y por fecha de inicio de síntomas fue de 600 casos.

La velocidad de transmisión expresada en el número reproductivo efectivo (R_t) en periodos de 15 días, fue de 1,14. El valor del R_t aumento un 9,6% respecto a la semana pasada, (sin contar con la semana de rezago); esto nos indica aumento en la velocidad de transmisión.

Grafico 5. Comportamiento de la Hospitalización, Huila.



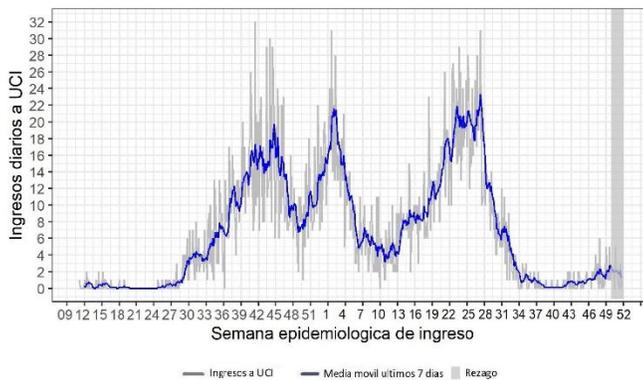
Fuente: SSDH



Durante la semana 52 ingresaron quince (15) personas a Hospitalización por COVID 19 con cinco (5) rezagos de la semana pasada, se presentó un promedio diario de 2,3 ingresos diarios, aumento de un 62% con respecto a la semana inmediatamente anterior.

Respecto a los pacientes que requirieron hospitalización general, el promedio de estancia fue de $8 \sigma \pm 9,3$ días; la edad promedio es de $55,0 \sigma \pm 18,9$ años, siendo la edad mínima de 0 días de vida y la máxima es de 100 años, el 75% de los ingresos corresponden a edades de 69 años o menos de edad (p75); por cada mujer que ingresa a Hospitalización, ingresan 1,6 hombres. La probabilidad de fallecer estando en hospitalización durante la pandemia es del 5,9%.

Gráfico 6. Comportamiento del ingreso a UCI.



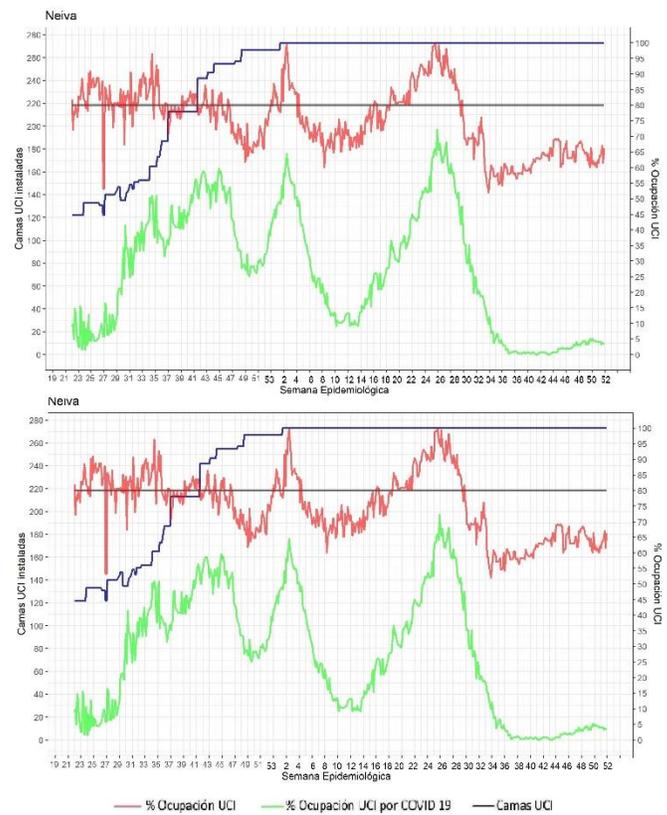
Fuente: SSDH

Durante la semana 52 se presentaron (9) ingresos y un (1) rezago de la semana anterior, de ingresos por COVID-19 a la Unidad de Cuidado Intensivo, lo que significa una reducción del 38% de ingresos respecto a la semana anterior, con un promedio diario de ingreso de 1.3.

Respecto a los pacientes que requirieron una Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), el promedio de estancia fue de

$12 \sigma \pm 9,3$ días; la edad promedio es de $58,7 \sigma \pm 17,2$ años, siendo la edad mínima 11 días de vida y la máxima de 101 años, el 75% de los ingresos corresponden a edades de 71 años o menos de edad (p75). La razón entre hombres y mujeres de ingreso a UCI es de 1:1,7, es decir, por cada mujer que ingresa a UCI, ingresan 1,7 hombres. La probabilidad de fallecer estando en una Unidad de Cuidado Intensivo –UCI durante la pandemia es del 41,9%.

Gráfico 7. Capacidad instalada y ocupación de UCI

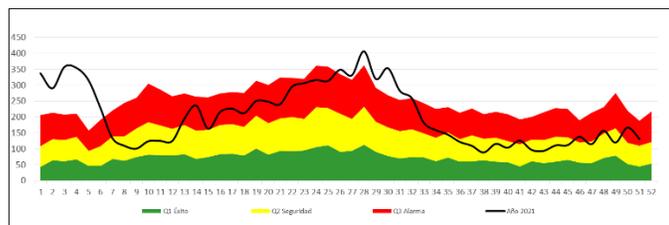


Fuente: SSDH



Desde la semana 52 del año 2020 la ocupación UCI por pacientes con COVID se incrementó rápidamente hasta la semana 3 del año 2021, después de la cual observamos un decrecimiento de los casos; volviendo a incrementar su ocupación desde la semana 14 del 2021 alcanzando su ocupación máxima en la semana 27. En el departamento, al cierre de la semana 52, las UCI en general han estado ocupadas en un 48% y en Neiva 62%.

Grafico 8. Canal endémico de la Infecciones Respiratorias Agudas en UCI y hospitalización, Huila.



Fuente: SIVIGILA

El comportamiento del canal endémico en la ocupación de los servicios de hospitalización y UCI por IRA de los últimos seis años, nos muestra que hasta la sexta semana del año 2021 el departamento del Huila se encontraba en brote, situación que paso a zona de seguridad hasta la semana 13, después de esta semana se presenta en zona de alarma, para la semana 26 a 32 nos encontramos en brote, en la semana 52 continuamos en zona de alarma.

Es importante aclarar que producto de los ajustes notificados al SIVIGILA por las UPGD se podrían presentar cambios en el comportamiento.

Tabla 2. Tasa de incidencia, mortalidad, letalidad, y positividad por municipios.

Municipio	Incidencia		Tasa de mortalidad		Letalidad		Tasa de muestras		% positividad	
	Incidencia PE anterior	Incidencia	Tasa de mortalidad PE anterior	Tasa de mortalidad	Letalidad PE anterior	Letalidad	Tasa de muestras PE anterior	Tasa de muestras	% positividad PE anterior	% positividad
Neiva	62,4	404	0,8	1,6	1,5	2,4	2.566,4	2.880,5	1,8	5,2
Acevedo	19,9	19,9	-	3,9	3,9	20,0	231,3	376,3	20,3	7,3
Agrado	114,8	34,5	-	11,1	-	33,1	1.842,4	1.431,7	4,8	3,1
Aipe	18,8	6,3	-	-	-	-	443,5	473,5	1,4	-
Alcaceras	18,6	-	-	-	-	-	738,1	430,6	2,4	2,0
Alamira	280,8	328,8	-	22,7	-	7,1	227,1	1.203,5	30,0	28,9
Berba	-	13,4	-	-	3,2	-	108,0	191,9	-	-
Campalare	14,4	-	-	-	-	-	427,0	487,1	0,7	3,2
Colombia	47,5	95,1	-	23,1	-	25,0	351,0	505,5	12,0	8,3
Elias	235,2	159,7	-	6,7	9,4	3,0	1.665,4	1.858,0	13,0	12,5
Gigante	8,4	29,4	-	12,1	-	42,9	208,6	208,6	3,8	11,5
Guadalupe	44,7	141,8	-	-	-	-	585,2	709,3	9,3	14,8
Hobo	41,9	14,0	-	13,5	-	100,0	375,9	469,9	-	8,6
Iquira	-	-	-	-	-	-	286,6	424,5	-	-
Isnos	52,0	78,0	-	-	-	-	466,6	640,1	9,1	16,3
La Argentina	7,7	-	-	-	-	-	180,8	188,4	4,2	-
La Plata	6,5	4,9	-	-	-	-	1.302,0	397,4	0,4	2,0
Nátaga	-	-	-	-	-	-	301,8	437,6	-	-
Oporapa	8,5	8,5	-	-	-	-	183,0	174,7	4,5	4,8
Pailon	-	30,4	-	-	-	-	472,1	841,0	3,1	3,5
Palermo	15,6	31,3	-	-	-	-	431,6	811,6	1,7	5,0
Paestina	-	35,4	-	-	-	-	121,8	252,4	-	17,2
Pila	7,3	7,3	-	-	-	-	470,1	206,5	3,0	10,3
Pitalito	142,3	141,8	-	3,9	6,2	2,9	1.284,4	1.349,2	12,9	17,5
Rivera	8,4	8,4	-	-	-	-	659,0	631,4	0,6	3,8
Saladoblanco	9,6	-	-	9,4	-	100,0	375,4	112,1	20,0	-
San Agustín	67,5	67,6	-	-	-	-	623,3	873,3	6,1	12,8
Santa María	-	9,7	-	-	-	-	388,7	312,9	2,4	6,1
Suaza	48,8	26,7	-	8,7	-	33,3	336,0	235,6	14,3	14,8
Tarau	23,3	13,8	-	-	-	-	235,0	464,4	4,8	12,9
Tesalia	9,5	9,5	-	-	-	-	254,2	435,8	4,3	2,1
Tello	-	-	-	-	-	-	193,3	563,2	-	-
Teruel	-	-	-	-	-	-	808,8	637,3	1,5	-
Timaná	32,5	27,9	-	4,5	-	16,7	341,6	395,5	10,5	8,0
Villavieja	28,6	-	-	-	-	-	616,5	274,0	4,4	-
Yaguará	27,0	-	-	-	-	-	1.115,6	469,1	2,3	-

Fuente: INS

Con los datos de las últimas 4 semanas se calculó la tasa de Incidencia, mortalidad, letalidad y muestras por 100 mil habitantes y porcentaje de positividad, así como su tendencia con respecto a la semana anterior.

De acuerdo a esto, el INS priorizaron los municipios de Elias, Gigante y Hobo, por aumento en la incidencia letalidad y mortalidad.

Tabla 3. Distribución de linajes en el Huila, 2021

Huila
AY.4
B.1
B.1.1.348
B.1.111
B.1.438.1
B.1.526
B.1.621
B.1.625
None
P.1

Fuente: <http://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/coronavirus-genoma.aspx>

Los linajes de interés en estos momentos son el B.1.1.7 reportado en Reino Unido (mayor transmisibilidad),



B.1.351 reportado en Suráfrica, B.1.128.1 homólogo de P.1 (dependiendo de las mutaciones del genoma) identificado en Brasil, B.1.427 y B.1.429 identificado en California USA, linaje B.1.526 y B.1.525 identificado en Nueva York USAⁱ y la B.1.617 y B.1.618 “cepa de Bengala”, que se constituye en los dos linajes autóctonos de la India, que presenta dos nuevas mutaciones en la proteína de la espiga, facilitando la invasión al sistema inmunológico. Para el departamento del Huila se confirma circulación del P1 Gamma y variante delta identificado recientemente.

Metodología: Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica

correspondiente, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar, con distribuciones de frecuencias en figuras y tablas.

El software utilizado es R, su interface R Studio de distribución libre, incluyendo las librerías de incidence, epiestim y s; software STATA 15.1 para análisis univariado.

La información reportada en este boletín está sujeta a los ajustes luego de la Investigación epidemiológica de campo y las unidades de análisis

Elaboró: Equipo SAR Huila –EEVV-SIVIGILA

Revisó: CESAR ALBERTO POLANIA SILVA – Secretario de Salud Departamental