

### **Ómicron sí es menos agresiva, pero no es un resfriado común:**

El infectólogo Carlos Álvarez infectólogo, miembro de la Asociación Colombiana de Infectología y designado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para estudios clínicos de covid-19 en Colombia, aclaró dudas alrededor de la variante Ómicron.

En esta ocasión, en el espacio denominado “Hablemos de recomendaciones para reducir la afectación por Ómicron”, el experto empezó destacando que una variante no es otra cosa que el virus, cuando se replica, su código genético puede ser más leído.

“El virus tiene una tirita de como 30 mil letras, cuando hace esa duplicación, algunas de ellas pueden cambiar” y, en el caso de Ómicron, “se ha caracterizado por más de 50 mutaciones y al menos 30 de estas ocurren en la proteína de la espiga (patas que sobresalen), que son las que se acoplan a la célula humana”, señaló Álvarez.

De igual manera, hizo énfasis en que los virus no se duplican por sí solos, tienen que entrar a una célula humana y, en este caso, tiene muchas mutaciones, que hace que entre más fácilmente, que se acople con mayor facilidad.

“Es como si tuviéramos una llave maestra, lo que se traduce en que el virus entra más rápidamente y se replica más”, agregó Álvarez, al señalar que la persona que tuvo contacto con alguien que tiene covid, a los dos siguientes días puede resultar infectado y puede transmitir el virus.

¿Hay diferencias?

Al ser consultado sobre las diferencias con otras variantes, señaló que se conocen Delta, Gama, Beta, Alfa, las cuales han sido catalogadas por la OMS como de preocupación, o porque son más contagiosas, más

agresivas, más letales o pueden evadir las defensas que se producen cuando a la persona le da covid y se recupera.

En el caso de Ómicron, reseñó el infectólogo, “se diferencia porque es más contagiosa, pero es una variante que logra evadir las defensas generadas por el antecedente de covid, es decir, tengo más riesgo de contagiarme de nuevo”.

En ese sentido, resaltó que con Ómicron, probablemente el 15 % o 20 % de pacientes puede reinfectarse.

“Esta variante logra evadir parcialmente la inmunidad que me generan las vacunas. Esto significa que si tengo una vacuna que me protegía el 90 %, con ómicron puede ser el 60%”, indicó Álvarez.

Sin embargo, cuando la persona se pone el refuerzo, este refuerzo hace que las defensas vuelvan a aumentar.

Al compararla con Delta, que es la variante que estaba circulando previamente, Ómicron es menos agresiva, es decir, produce menos hospitalizaciones y muertes frente a Delta que es la más agresiva que se ha conocido.

### **Menos agresiva, pero afecta**

Álvarez fue enfático en que no se debe bajar la guardia con esta variante. “Definitivamente es un tema extremadamente importante”, aseguró, dejando claro que la población no se puede equivocar.

“La variante sí es menos agresiva, pero no es que no sea agresiva. No es un resfriado común. Así como hay personas con síntomas leves o asintomáticos, las personas no vacunadas y con mayor riesgo, como los adultos mayores de 50 o los grupos vulnerables con

comorbilidades, son predisuestas a tomar complicaciones, incluso con Ómicron”, agregó.

En ese sentido, destacó que la diferencia del riesgo ante Ómicron, entre las personas vacunadas y las no vacunadas es extremadamente alto. “Ómicron no es una ‘gripita’ ni un resfriado común. Esas muertes - registradas recientemente- no son otra cosa que el número de personas contagiadas que tienen factores de riesgo” o que no se han vacunado, según el experto.

Por ello, resaltó que, en este momento, es mucho más importante que los ciudadanos busquen su vacuna de refuerzo. “Todos los refuerzos suben las defensas y son efectivos; incluso, los esquemas heterólogos son seguros, pero adicionalmente pueden ser más benéficos al hacer esa combinación de biológicos”.

### Autocuidado, elemental

El infectólogo también reseñó que los mecanismos de prevención siguen siendo exactamente iguales a lo que ya se conoce, como lavado de manos, espacios ventilados, uso adecuado del tapabocas.

“El tapabocas, que realmente me selle, no manipularlo, si lo voy a retirar, lavarme las manos o utilizar alcohol”, agregó.

Asimismo, señaló que es supremamente importante en este momento que cuando esté circulando una variante como esta, “si nos sentamos a almorzar todos, tenemos un problema, porque no sabemos quién es asintomático y puedo generar un mini brote”.

### ¿Fin de la pandemia?

Frente a las noticias que han mencionado que con Ómicron será el principio del fin de la pandemia, Álvarez precisó que hablar del fin de la pandemia no significa que el virus se ha ido, sino que significa que se pasaría a una endemia.

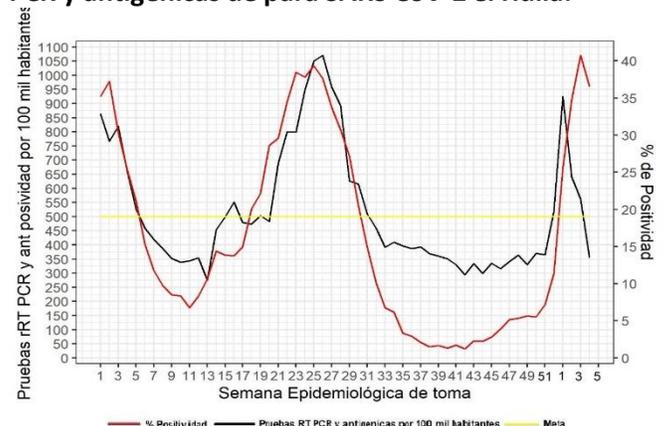
“Significa que el virus sigue circulando, pero ya no es un problema de salud pública -no colapsará sistemas de salud-. Pasaremos a endemia con más personas protegidas, tanto con contagio como vacunación”, agregó Álvarez.

Aseguró que hay que ser precavidos, porque la covid ha enseñado que la inmunidad generada se puede ir perdiendo. “Podría ser que aparezca una nueva variante y la inmunidad generada no nos proteja. No quiero ser ave de mal agüero, pero sí es importante que lo tengamos presente”, manifestó Álvarez.

Por último, destacó que este es “el momento de vacunarse; si tengo factores de riesgo cuidarme más, tener presente que hay posibilidad de transmitirle el virus a otras personas”.

Fuente: Boletín No. 62 de 2022 Ministerio de salud. Bogotá, enero 27 de 2022.

### 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 4 de 2022 se tomaron 4011 pruebas (1104 menos que en la semana anterior), con una tasa de



354,34 por 100 mil habitantes, lo que representa una disminución del 21% con respecto a la semana anterior, sin contar con el rezago por los reportes pendientes.

El porcentaje de positividad fue de 36,52%, disminuyó 2,24 puntos porcentuales con respecto a la semana anterior, teniendo en cuenta que hay rezago de reportes pendientes.

**Tabla 1. Conglomerados del COVID 19. Huila.**

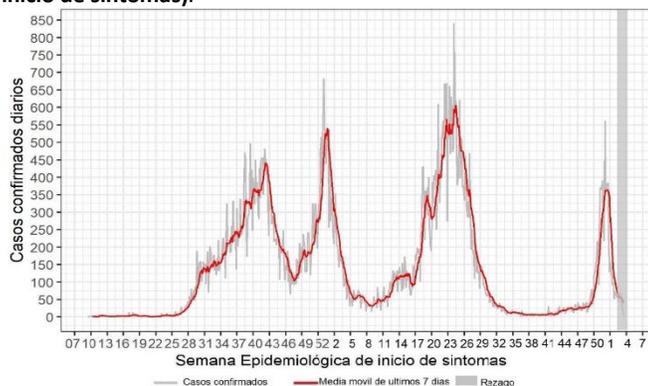
Tipo de Conglomerado	Número de Conglomerados	Casos Confirmados	Muestras tomadas	Muertos	Abierto	Cerrado	% Positividad
Instituciones de Salud	97	655	1822	19	0	96	35,9
Instituciones Educativas	4	25	232	0	0	4	10,8
Empresas	135	1066	2931	4	0	135	36,4
Policia	28	329	438	0	0	28	75,1
FFMM	19	127	212	1	0	19	59,9
Centros de protección	31	389	786	35	0	30	49,5
Población Carcelaria	15	1272	2951	7	2	13	43,1
Indígenas	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	350	4054	10719	72	2	346	37,8

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 27,6%; sin embargo, la tasa más alta de positividad se registró en la PONAL con el 75,1%.

Durante la semana epidemiológica número 4 se abrieron 2 conglomerados en el departamento del Huila. (1 en una institución educativa y 1 en un centro de protección del adulto mayor)

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

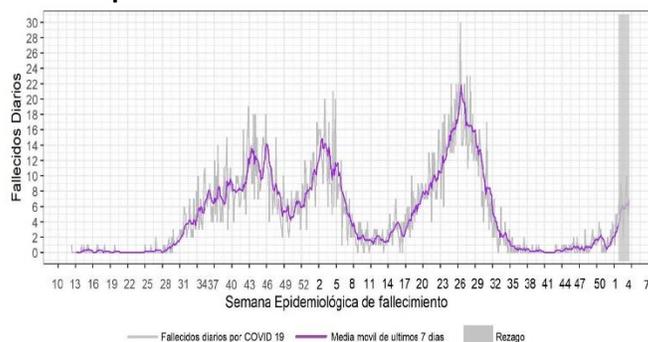


Fuente: SSDH

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 4 del 2022 se reportaron 195 casos por fecha de inicio de síntomas, con un promedio de 39 casos diarios.

**Gráfico 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.

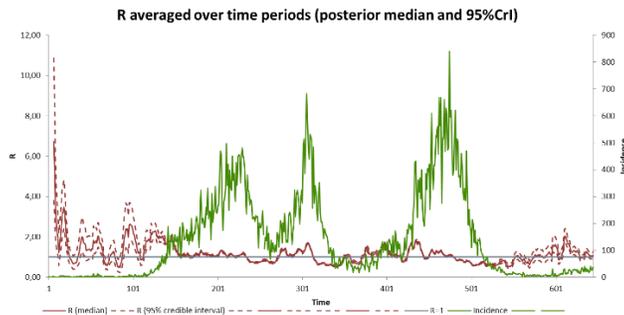
El 8 de julio, fallecieron 26 personas por COVID 19, y el 6 de julio 22, siendo así la semana 27 de 2021 con mayor fallecidos de toda la pandemia.

En la semana 4 de 2022 se presentaron 42 muertes por Covid 19 según fecha de defunción, (9 más que en la semana anterior) con un promedio de 7 diarios, representando un aumento del 48,6 % con respecto a la semana anterior, teniendo en cuenta el rezago de la información.



De los fallecidos en esta semana el 59% son hombres y el 41% mujeres, el 17% menores de 60 años, el 83% mayores de 60 años, por ciudades 51% de Neiva, 20% Pitalito, 5% Isnos y Rivera, el resto otros de a un caso. Según las comorbilidades, el 24% corresponde a HTA, 10% EPOC, 10% DM, 5% CANCER y 5% ERC.

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

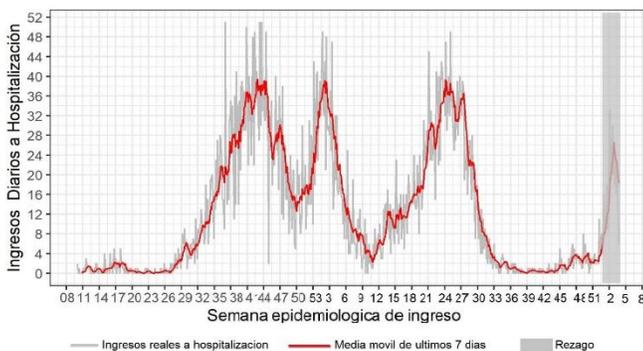


Fuente: SSDH

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 0,93. El valor del  $R_t$  se mantuvo en comparación con la semana pasada, (sin contar con la semana de rezago); esto nos indica que continúa el aumento en la velocidad de transmisión.

### Grafico 5. Comportamiento de la Hospitalización, Huila.

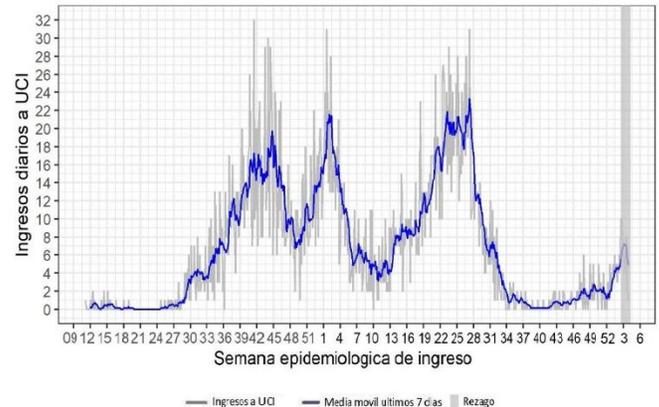


Fuente: SSDH

Durante la semana 4 ingresaron ciento veintiocho (128) personas a Hospitalización por COVID 19 con treinta y ocho (38) rezagos de la semana pasada, se presentó un promedio diario de 18,3 ingresos diarios, aumentó un 11% con respecto a la semana inmediatamente anterior.

Respecto a los pacientes que requirieron hospitalización general, el promedio de estancia fue de  $8 \sigma \pm 8,4$  días; la edad promedio es de  $55,0 \sigma \pm 19,4$  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 ( $p_{75}$ ); 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%.

### Grafico 6. Comportamiento del ingreso a UCI.



Fuente: SSDH

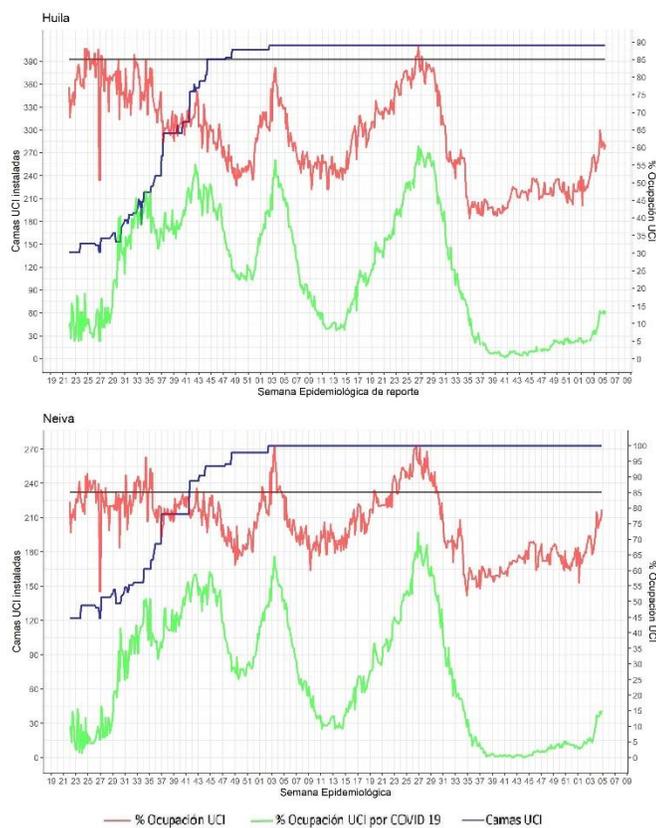
Durante la semana 4 se presentaron cuarenta (40) ingresos y diez (10) rezagos de la semana anterior, de ingresos por COVID-19 a la Unidad de Cuidado Intensivo, lo que significa un aumento del 28% de ingresos respecto a la semana anterior, con un promedio diario de ingreso de 5.7

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



11  $\sigma \pm 9,3$  días; la edad promedio es de 58,7  $\sigma \pm 17,5$  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 41,4%.

**Grafico 7. Capacidad instalada y ocupación de UCI**



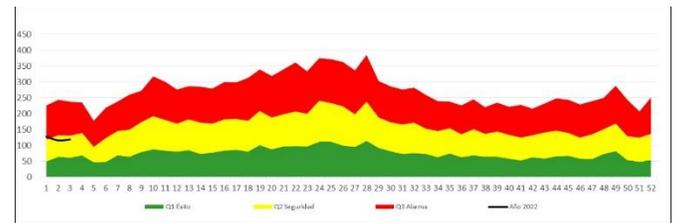
Fuente: SSDH

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 4 de 2022, las UCI en general han estado ocupadas en un 60% y en Neiva 76%.

**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 cuarta semana del 2022 continuamos en zona de seguridad.

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	Tendencia	Tasa de mortalidad PE anterior	Tendencia	Letalidad PE anterior	Tendencia	Tasa de muestras PE anterior	Tendencia	% positividad PE anterior	Tendencia
Neiva	829.4	75,224	1.6	12.4	0.2	1.9	3.191.6	5.602.1	5.7	32.1
Acevedo	51.63	115.24	3.9	11.8	7.7	10.3	427.3	399.8	6.4	26.5
Agrado	103.4	276.15	11.1	11.1	11.1	4.2	1.487.2	588.2	3.7	50.0
Aipe	68.87	106.52	-	-	-	-	485.5	299.7	-	30.0
Alcázar	27.83	129.93	-	-	-	-	430.6	562.4	2.0	25.8
Altamira	586.3	212.31	22.7	19.3	4.0	22.2	1.294.3	340.6	31.6	34.7
Baraya	310.8	98.619	-	12.0	-	12.0	191.9	827.6	-	34.8
Campoalegre	80.47	365.14	3.2	6.3	4.2	1.8	582.0	1.195.7	3.3	33.6
Colombia	71.82	43,122	-	14.0	-	33.3	702.0	421.2	6.0	23.3
Elias	190.2	166.71	23.1	-	12.5	-	461.3	830.3	25.0	25.0
Garzón	362.9	422.98	9.4	8.0	2.8	2.0	2.039.9	2.027.9	12.2	32.7
Gigante	113.5	235.77	12.1	8.0	11.1	3.6	208.6	501.4	11.5	47.2
Guadalupe	218.1	156.92	-	5.4	-	3.6	764.0	493.1	24.1	36.3
Hobo	41.95	55.96	13.5	-	33.3	-	483.4	335.7	8.3	32.0
Iquira	10.8	32,404	-	-	-	-	424.5	233.5	-	18.2
Isnos	173.9	136.18	3.9	30.9	2.3	23.3	670.9	802.0	16.7	26.9
La Argentina	38.64	115.96	-	15.4	-	13.3	195.9	331.5	-	45.5
La Plata	63.59	79.94	-	6.4	-	8.2	414.9	551.6	2.3	27.4
Nátaga	15.43	77.149	-	-	-	-	437.6	328.4	-	43.8
Oporapa	59.66	59.696	-	8.3	-	14.4	174.7	274.5	4.8	24.2
Paicol	197.5	152.25	-	-	-	-	841.0	398.3	3.5	33.3
Palermo	74.22	164.18	-	-	-	-	811.6	870.6	5.0	22.0
Palestina	61.91	35.398	-	8.7	-	25.0	252.4	139.2	17.2	18.8
Pital	50.89	58,195	-	19.2	-	29.9	227.9	349.4	9.4	36.8
Prato	295.4	369.88	7.0	17.8	2.5	5.1	1.410.1	1.840.3	17.5	39.8
Rivera	71.16	213.64	-	11.9	-	5.9	631.4	895.7	3.8	30.0
Saladoblanco	57.74	77,034	-	-	-	-	112.6	272.2	-	48.3
San Agustín	223.1	240,03	-	17.7	-	7.7	920.3	849.8	13.7	42.2
Santa María	29.04	-	-	-	-	-	312.9	162.2	6.1	11.8
Suzza	48.96	40	8.7	-	18.2	-	253.1	261.8	15.5	18.3
Tatcuá	139.9	175,08	-	11.2	-	6.7	492.3	397.2	20.5	36.7
Tesalia	123.4	85,551	-	-	-	-	463.0	299.6	3.9	36.4
Tello	8.7	77,956	-	-	-	-	571.6	218.5	-	11.5
Teruel	-	25,974	-	11.3	-	50.0	686.3	159.3	-	30.8
Timaná	79.06	83,772	4.5	4.5	5.9	5.6	409.0	386.5	7.7	25.6
Vilaveja	57.22	114,51	-	-	-	-	274.0	315.1	-	34.8
Yaguará	135	270,38	-	16.4	-	5.0	494.4	621.2	-	46.9

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 departamento del Huila ha priorizado los municipios de Altamira y El Pital por alta mortalidad, letalidad y positividad con tendencia al aumento.

**Tabla 3. Distribución de linajes en el Huila, 2020 - 2022**

Huila	Variante	P681H	E484K	N501Y	OMS
AY.20	Delta	•			VOC
AY.25	Delta	•			VOC
B.1.1.7	Alpha			•	VOC
B.1.621	Mu		*	•	VOI
B.1.625					
C.37	Lambda				VOI
P.1	Gamma		*	•	VOC
P.1.10	Gamma		*	•	VOC
P.1.14	Gamma		*	•	VOC
AY.118	Delta	•			VOC
BA.1	Ómicron	•	*	•	VOC
AY.101	Delta	•			VOC

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

Para identificar la distribución de los linajes de interés el Programa Nacional de Caracterización Genómica del INS ha realizado a la fecha 12049 genomas completos secuenciados, de 12822 muestras positivas de los cuales se han identificado 172 linajes, lo que nos demuestra un gran esfuerzo cuando se tiene en cuenta, que para enero del 2021 sólo se habían identificado 23 linajes de 231 secuencias realizadas.

Los linajes de interés en estos momentos en el departamento del Huila 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 USA<sup>1</sup> 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 además se ha confirmado en el Huila la circulación del P1 Gamma,



variante delta, y más recientemente la variante Omicron procedente de África.

**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