

Este documento ha sido traducido por la Biblioteca del Congreso de la República con fines meramente informativos para los usuarios de la institución.

Se trata de una traducción no oficial del texto en inglés publicado por la Organización Mundial de la Salud) el 8 febrero del 2022 que no ha sido verificada por esta institución.

Título del documento:

Inglés: ***COVID-19 Weekly Epidemiological Update.*** N° de páginas: 22, edición 78.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/351853>
Fecha de documento: 2022.

Español: ***COVID-19 Actualización epidemiológica semanal***
N° de páginas: 24.
Fecha de documento: 2022

Institución: Organización Mundial de la Salud (OMS)

Derechos de autor: Esta traducción no ha sido creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y no debe considerarse una traducción la Organización Mundial de la Salud. la Organización Mundial de la Salud no será responsable de ningún contenido o error en esta traducción.

Sobre el emisor o productor: Organización Mundial de la Salud (OMS)

Se creó el 7 de abril de 1948. Es un organismo de las Naciones Unidas que se ocupa de importantes temas de salud en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud establece normas para el control de enfermedades, la atención de la salud y los medicamentos.

La OMS es partidaria del acceso abierto a las publicaciones resultantes de sus actividades, como parte fundamental de su misión y como beneficio público que es preciso fomentar siempre que sea posible. En el caso de traducciones se debe mencionar que no fueron creadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Por tanto, *la OMS no se responsabiliza por el contenido o la precisión de la traducción.*

La versión en español es para fines meramente informativos y solo para uso exclusivo de los miembros del Congreso de la República.

COVID-19 Actualización epidemiológica semanal

Edición 78, publicada el 8 de febrero del 2022

En esta edición:

- [Panorama mundial](#)
- [Enfoque especial: Actualización de las variantes de interés y de las variantes de preocupación del SARS-CoV-2](#)
- [Panorama regional de la OMS](#)
- [Resumen de la actualización operativa semanal](#)

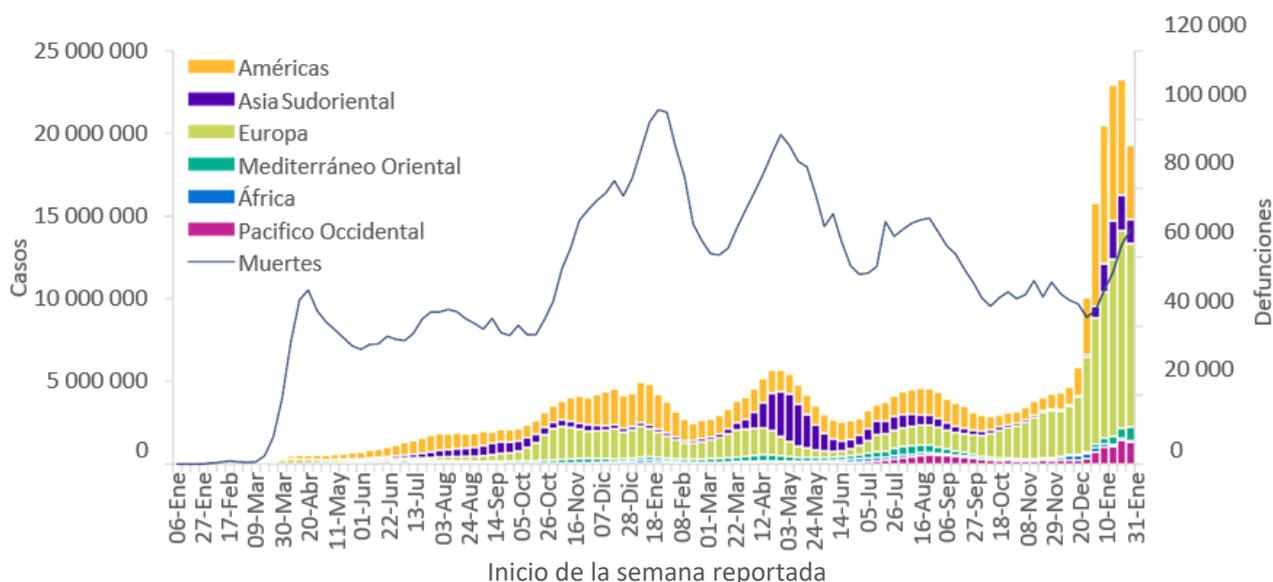
Panorama mundial

Datos al 6 de febrero del 2022

A nivel mundial, durante la semana del 31 de enero al 6 de febrero del 2022, el número de nuevos casos de COVID-19 disminuyó un 17% en comparación con el número reportado durante la semana anterior, mientras que el número de nuevas defunciones aumentó en un 7% (figura 1). En las seis regiones de la OMS se informaron más de 19 millones de nuevos casos y algo menos de 68,000 nuevas defunciones (tabla 1). Hasta el 6 de febrero del 2022, se han notificado más de 392 millones de casos confirmados y más de 5'700,000 defunciones en todo el mundo.

A nivel regional, el Mediterráneo Oriental informó un aumento del 36% en el número de nuevos casos semanales, mientras que todas las demás regiones registraron descensos: la Región de las Américas (36%), la Región del Sudeste Asiático (32%), la Región de África (22%), la Región del Pacífico Occidental (8%) y la Región de Europa (7%). El número de nuevas defunciones semanales siguió aumentando en las regiones de Asia Sudoriental (67%) y del Mediterráneo Oriental (45%), mientras que el número de defunciones semanales se mantuvo similar al de la semana anterior en la Región de las Américas y la Región de Europa, y disminuyó en las Regiones de África (14%) y del Pacífico Occidental (5%).

Figura 1. COVID-19 casos reportados semanalmente por regiones de la OMS y defunciones mundiales al 6 de febrero del 2022**



**Véase [Anexo 2: Notas sobre datos, tablas y figuras](#)

En cuanto a los países, el mayor número de nuevos casos se registró en Estados Unidos de América (1'874,006; un 50% menos), Francia (1'738,189 nuevos casos; un 26% menos), Alemania (1'285,375 nuevos casos; un 22% más), Brasil (1'241,025 nuevos casos; una cifra similar a la de la semana anterior) y la India (1'095,616 nuevos casos; un 41% menos). El mayor número de nuevas defunciones se registró en Estados Unidos de América (14,090; una disminución del 15%), India (7,888 nuevas defunciones; un aumento del 69%), la Federación de Rusia (4,686 nuevas defunciones; similares a las cifras de la semana anterior), Brasil (4,610 nuevas defunciones; un aumento del 39%) y México (2,910 nuevas defunciones; un aumento del 48%).

Tabla 1. Casos y defunciones confirmados de COVID-19 reportados recientemente y acumulados, por regiones de la OMS, hasta el 6 de febrero de 2022**

Región OMS	Nuevos casos en últimos 7 días (%)	Cambio en nuevos casos en últimos 7 días *	Casos acumulados (%)	Nuevas defunciones en últimos 7 días (%)	Cambio en nuevas defunciones en últimos 7 días *	Defunciones acumuladas (%)
Europa	11 106 661 (58%)	-7%	154 414 207 (39%)	23 446 (35%)	2%	1 789 169 (31%)
Américas	4 487 367 (23%)	-36%	139 283 017 (36%)	29 560 (44%)	0%	2 531 968 (44%)
Asia Sudoriental	1 452 690 (8%)	-32%	53 362 809 (14%)	8 761 (13%)	67%	744 541 (13%)
Pacífico Occidental	1 323 186 (7%)	-8%	17 291 386 (4%)	2 427 (4%)	-5%	169 777 (3%)
Mediterráneo Oriental	808 497 (4%)	36%	19 636 359 (5%)	2 357 (3%)	45%	323 481 (6%)
África	98 071 (1%)	-22%	8 157 159 (2%)	1 402 (2%)	-14%	165 404 (3%)
Global	19 276 472 (100%)	-17%	392 145 701 (100%)	67 953 (100%)	7%	5 724 353 (100%)

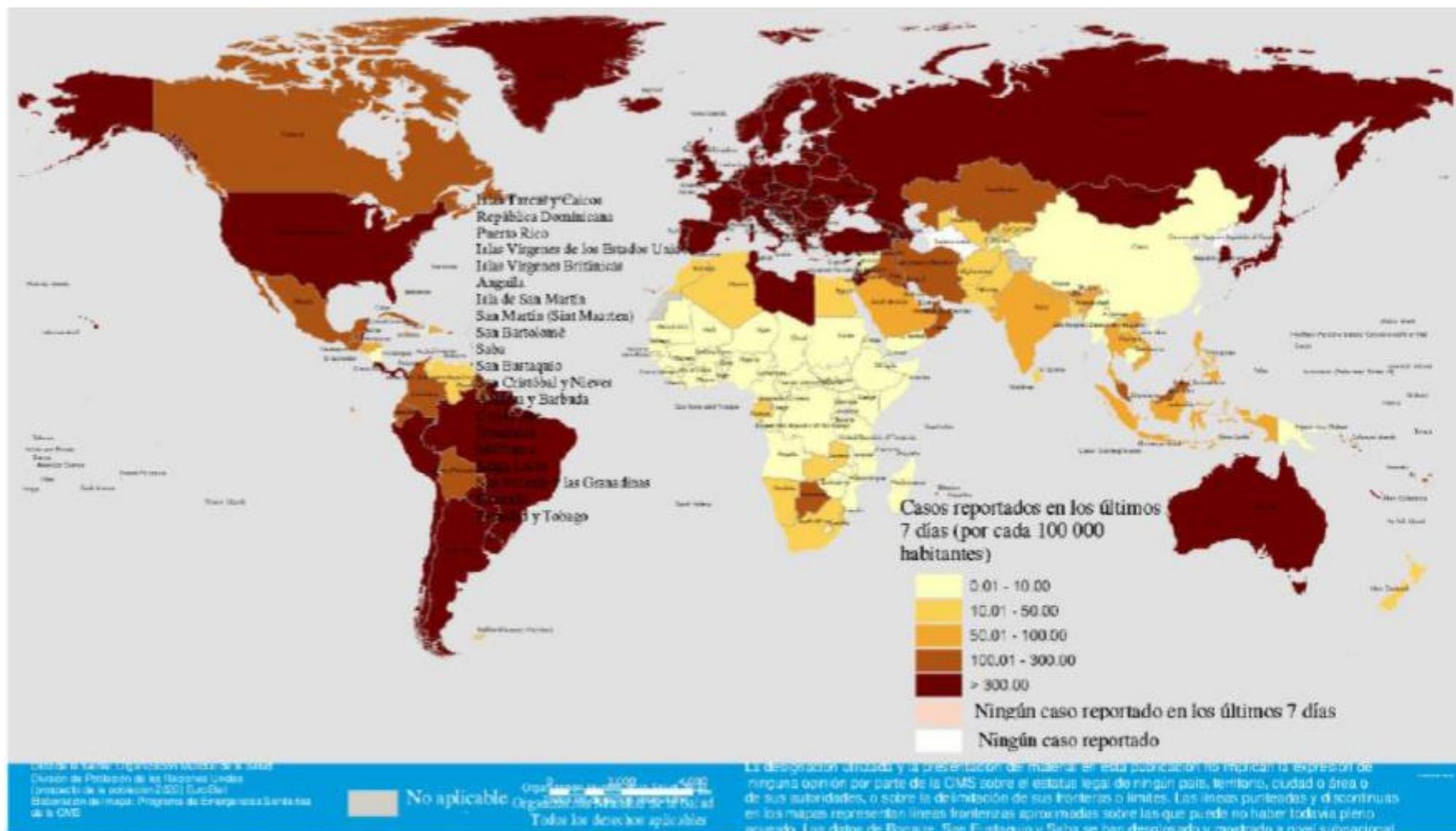
* Cambio porcentual en el número de nuevos casos/defunciones confirmados en los últimos siete días, en comparación con los siete días anteriores

**Véase [Anexo 2: Notas sobre datos, tablas y figuras](#)

Para información sobre los últimos datos y otras actualizaciones sobre COVID-19, consulte los siguientes enlaces:

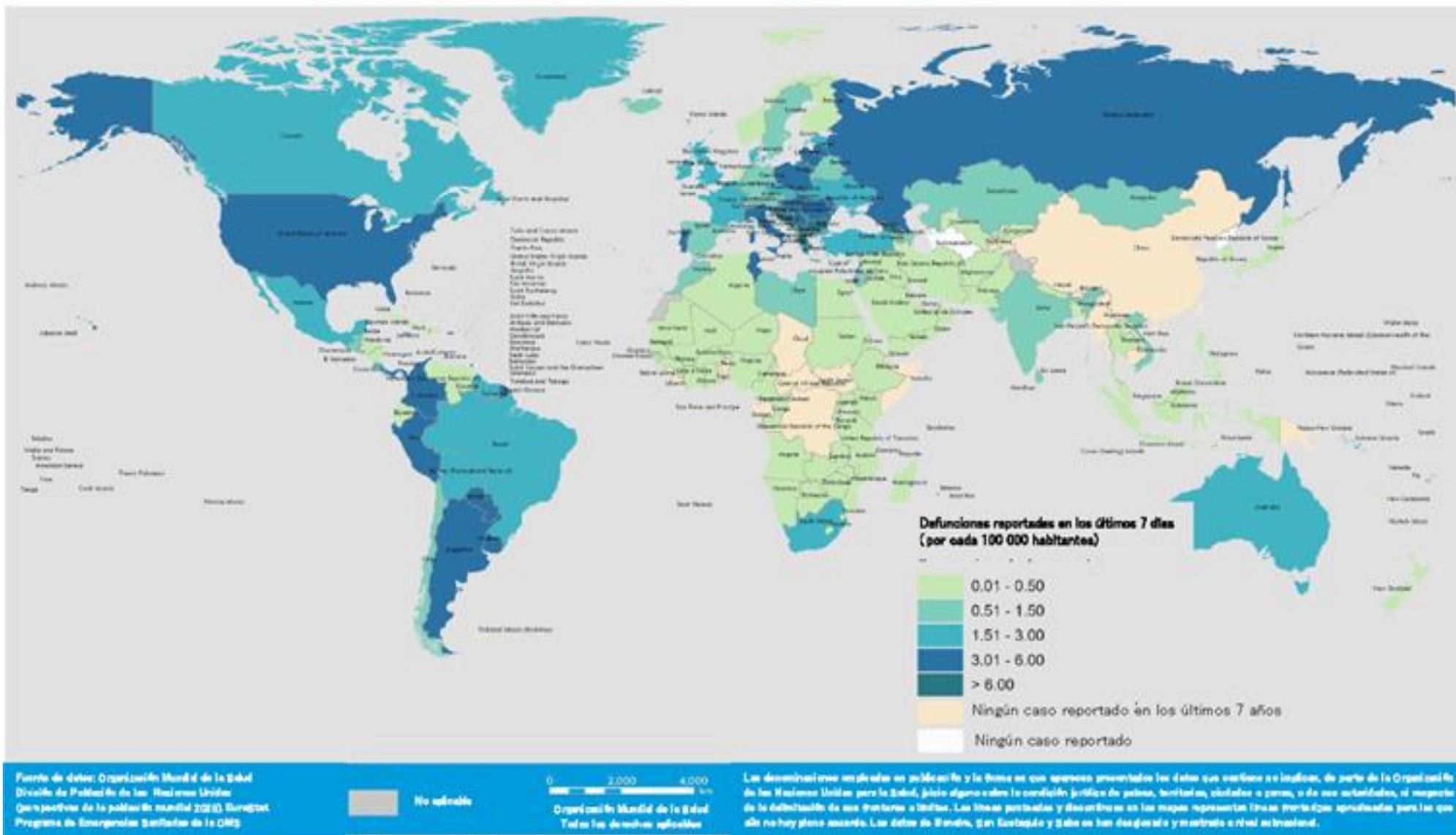
- [Panel de control de COVID-19 de la OMS](#)
- [Actualización Operativa Semanal de COVID-19 de la OMS y ediciones anteriores de la Actualización Epidemiológica Semanal](#)

Figura 2. Casos de COVID-19 por cada 100,000 habitantes reportados por países, territorios y áreas, del 31 de enero al 6 de febrero del 2022**.



**Véase [Anexo 2: Notas sobre datos, tablas y figuras](#)

Figura 3. Defunciones por COVID-19 por cada 100,000 habitantes reportadas por países, territorios y áreas, del 31 de enero a 6 de febrero del 2022**.



**Véase [Anexo 2: Notas sobre datos, tablas y figuras](#)

Enfoque especial: Actualización de las variantes de interés y de las variantes de preocupación del SARS-CoV-2

La OMS, en colaboración con las autoridades nacionales, las instituciones y los investigadores, evalúa sistemáticamente si las variantes del SARS-CoV-2 alteran la transmisión o las características de la enfermedad, o afectan la eficacia de las vacunas, los tratamientos terapéuticos, los diagnósticos o las medidas sociales y de salud pública (PHSM) aplicadas para controlar la propagación de la enfermedad. Las posibles variantes de preocupación (VOC), las variantes de interés (VOI) o las variantes bajo vigilancia (VUM) se evalúan periódicamente en función del riesgo que suponen para la salud pública mundial. A medida que se disponga de pruebas, se revisarán las clasificaciones de las variantes para reflejar la continua evolución de las variantes en circulación y su cambiante epidemiología. Los criterios para la clasificación de variantes y las listas actuales de VOC, VOI y VUM están disponibles en el sitio web de la OMS [Tracking SARS-CoV-2 variants](#). Las autoridades nacionales pueden optar por designar otras variantes de interés o preocupación local, y se les anima a que investiguen e informen sobre las repercusiones de estas variantes.

Propagación geográfica y prevalencia de las VOC

La actual epidemiología mundial del SARS-CoV-2 se caracteriza por la continua y rápida propagación mundial de la variante Ómicron. Todas las demás variantes, incluidas las VOC (Alfa, Beta, Gamma y Delta) y las VOI (Lambda y Mu) siguen disminuyendo en las seis regiones de la OMS. Entre las 426,363 secuencias cargadas en [GISAID](#) con especímenes recogidos en los últimos 30 díasⁱ, 412,265 (96.7%) eran Ómicron, 13,972 (3.3%) eran Delta, dos (<0.1%) eran Gamma y dos (<0.1%) eran Alfa. No se informó de secuencias para ninguna otra variante, ni siquiera para las VOI Mu y Lambda. Hay que tener en cuenta que la distribución global de las VOI debe interpretarse teniendo en cuenta las limitaciones de la vigilancia, incluidas las diferencias en las capacidades de secuenciación y las estrategias de muestreo entre países, así como los retrasos en reportarlas.

Difusión y prevalencia de la variante Ómicron

Desde la designación de B.1.1.529 como VOC el 26 de noviembre del 2021, se han identificado varios linajes. Entre ellos se encuentran los linajes Pango BA.1, BA.1.1, BA.2 y BA.3, que están siendo monitoreadas por la OMS bajo el paraguas de «Ómicron». El BA.2 comparte muchas mutaciones con el BA.1, pero también presenta una serie de diferencias, incluso en la proteína Spike; fundamentalmente, no es portadora de la delección Spike 69-70 asociada con la falla del objetivo del gen S, utilizada como sustituto para detectar BA.1, BA.1.1, B.1.1.529 y BA.3. BA.1.1 lleva una mutación adicional R346K, que se sospecha proporciona un potencial de escape inmunológico adicional.

La mayoría de las pruebas actuales que describen las características fenotípicas de la variante Ómicron se basan en el linaje Pango BA.1. Sin embargo, se ha observado un aumento relativo del linaje BA.2 en múltiples países y las investigaciones sobre las características de BA.2, incluyendo su transmisibilidad, propiedades de escape inmunológico y virulencia, necesitan ser priorizadas independientemente (y comparativamente) a BA.1 ([WHO Tracking SARS-CoV-2 variants website](#)). Además, es importante considerar las proporciones relativas de las secuencias BA.1 y BA.2 en el contexto de la incidencia de casos al interpretar la propagación y el crecimiento relativo de los diferentes linajes.

La prevalencia de la variante Ómicron ha aumentado a nivel mundial y ahora se detecta en casi todos los países. Sin embargo, muchos de los países que reportaron un aumento temprano del número de casos debido a la variante Ómicron han informado ahora un descenso del número total de nuevos casos desde principios de enero

ⁱ Incluye las secuencias presentadas con fechas de recogida de muestras del 7 de enero al 5 de febrero del 2022 (última muestra reportada en el momento de la extracción de datos, excluyendo las secuencias de baja cobertura)

del 2022. La figura 4, tabla A, muestra una disminución de la proporción de secuencias BA.1 en comparación con los otros linajes desde la semana epidemiológica 2 (10 a16 de enero del 2022) con un aumento proporcional de las secuencias BA.1.1 y BA.2. La figura 4, gráfico B, muestra un aumento del número de secuencias de los linajes de Ómicron presentadas a [GISAID](https://gisaid.org) en diciembre del 2021 y una disminución desde principios de enero del 2022. Esta tendencia global se ha observado en varios países, incluidos algunos con gran capacidad de secuenciación; el patrón puede ser diferente en otros. Estas tendencias deben interpretarse teniendo en cuenta las limitaciones de los sistemas de vigilancia, incluidas las diferencias en la capacidad de secuenciación y las estrategias de muestreo entre los países, así como los plazos de entrega de las secuencias por parte de los laboratorios y los retrasos en reportarlos.

Figura 4. Distribución mundial y proporción relativa de los linajes de Ómicron para las secuencias enviadas al GISAID presentadas por semana epidemiológica de recogida de especímenes

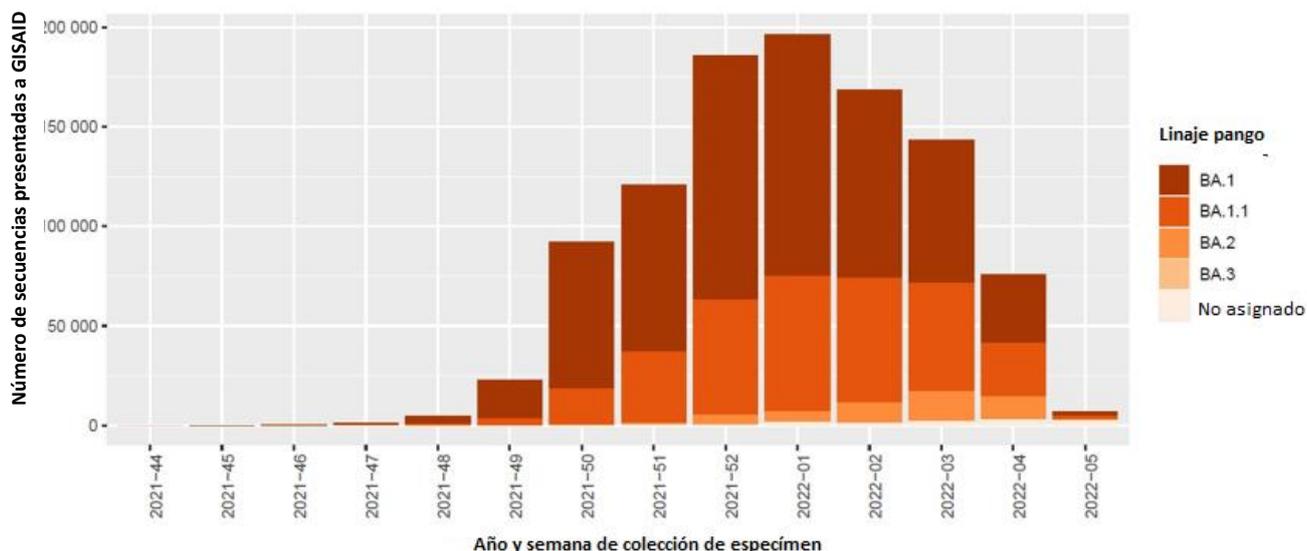
A.

Linaje	Países	Secuencias*	SGTF ^b	General (%) · Últimas 4 sem. por fecha colección (%)				
				Total	2022-02	2022-03	2022-04	2022-05
BA.1	140	655 702	96.51	62.07	56.17	50.32	45.19	30.55
BA.1.1	125	339 667	95.63	32.15	37.12	37.90	35.48	28.57
BA.2	69	49 835	0.07	4.72	5.96	10.43	15.56	7.68
BA.3	16	288	98.96	0.03	0.04	0.05	0.01	0.06
No asignado	37	10 945	0.05	1.04	0.70	1.30	3.76	33.15

* Fuente de datos: secuencias y metadata de GISAID

^b Porcentaje de secuencias con delección Spike 69-70 asociada con la falla del objetivo del gen S

B.



La OMS sigue monitoreando las variantes circulantes y emergentes, e identificando y abordando los vacíos de conocimiento pertinentes mediante el desarrollo de estrategias coordinadas y de varios niveles de vigilancia, preparación y respuesta para hacer frente al COVID-19.

Diferencias en las características fenotípicas de las VOC

Las pruebas disponibles sobre los impactos fenotípicos de las VOC se resumen en la Tabla 2, así como en las [ediciones anteriores](#) de la Actualización Epidemiológica Semanal de COVID-19. Desde la actualización del 25 de enero del 2022 han aparecido varias publicaciones nuevas sobre las características fenotípicas de las VOC, incluyendo literatura reciente sobre la variante Ómicron. Algunos de los estudios presentados no han sido revisados por pares, por lo que los hallazgos deben interpretarse teniendo en cuenta esta limitación.

Existe información detallada sobre la variante Ómicron y las acciones prioritarias recomendadas para los Estados Miembros en el Informe Técnico actualizado y en las Acciones Prioritarias para los Estados Miembros que se pueden encontrar en la [Guía Técnica y por Países, Enfermedad por Coronavirus \(COVID-19\)](#). Considerando las pruebas actualmente disponibles, el riesgo mundial relacionado con la variante Ómicron sigue siendo muy alto.

Tabla 2: Resumen de los impactos fenotípicos* de las variantes de preocupación

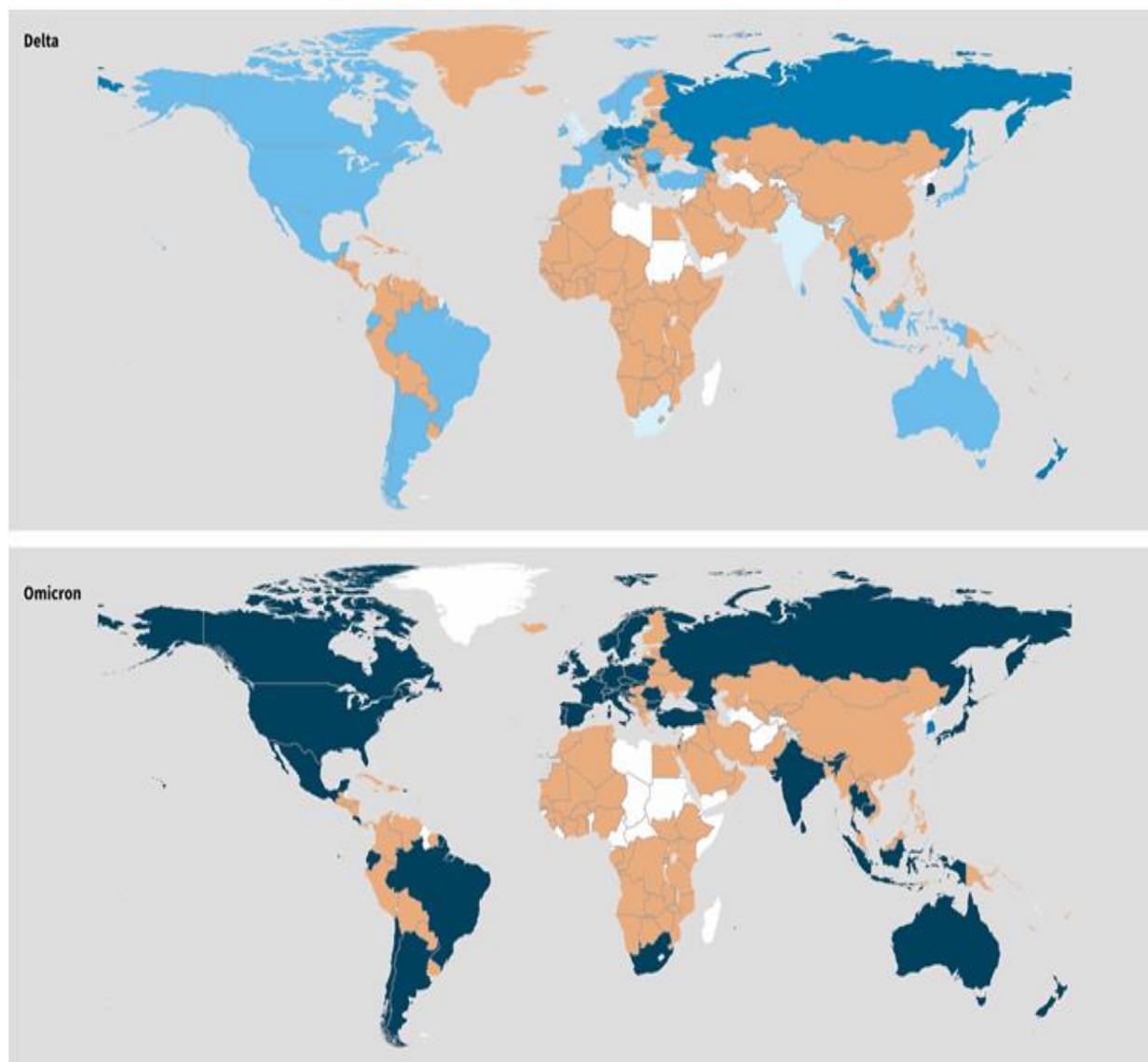
Etiquetas de OMS	Alfa	Beta	Gamma	Delta	Ómicron
Transmisibilidad	Mayor transmisibilidad ¹	Mayor transmisibilidad ^{2,3}	Mayor transmisibilidad ^{3,4}	Mayor transmisibilidad ^{3,5,6}	Mayor transmisibilidad ⁷⁻¹⁰
Gravedad de la enfermedad	Posible aumento del riesgo de hospitalización ^{11,12} , posible aumento del riesgo de enfermedad grave y muerte ^{13,14}	Posible aumento del riesgo de hospitalización ¹² , posible aumento de la mortalidad hospitalaria ¹⁵	Posible aumento del riesgo de hospitalización ¹² , posible aumento del riesgo de enfermedad grave ¹⁶	Posible aumento del riesgo de hospitalización ^{17,18}	Reducción del riesgo de hospitalización y de enfermedad grave ²²
Riesgo de reinfección	Se mantiene actividad neutralizante ²³ , el riesgo de reinfección sigue siendo similar ²⁴	Reducción de la actividad neutralizadora; la respuesta de las células T provocada por el virus D614G sigue siendo eficaz ²⁵	Se ha informado de una reducción moderada de la actividad neutralizadora ²⁶	Se ha informado de reducción de la actividad neutralizadora ²⁷⁻²⁹	Mayor riesgo de reinfección ^{30,31}
Impactos del diagnóstico	Impacto limitado – falla del objetivo del gen S (SGTF), no hay impacto en el resultado general de objetivos múltiples RT-PCR; no se han observado impactos en Ag RDTs ³²	No se ha observado ningún impacto en la RT-PCR o en las pruebas de detección de Ag ²⁹	No se ha reportado ninguna hasta la fecha	No se ha observado ningún impacto en la RT-PCR o en las pruebas de detección de Ag ³³	La PCR sigue detectando Ómicron. Se está investigando el impacto en las Ag-RDT: Los resultados son contradictorios en cuanto a la posible disminución de la sensibilidad para detectar Ómicron ^{7,22,34-36}

*Hallazgos generalizados en comparación con variantes anteriores o cocirculantes. Basado en evidencia emergente, incluyendo artículos e informes prepublicados no revisados por pares, todos sujetos a investigación y revisión en curso.

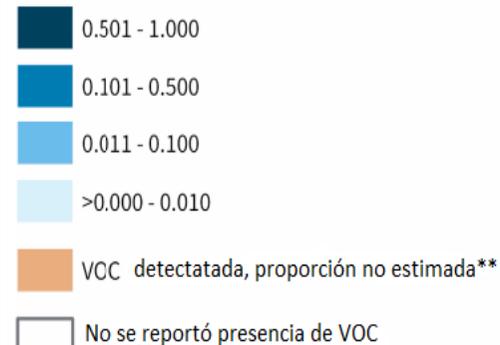
Recursos adicionales

- [Seguimiento de las variantes del SARS-CoV-2](#)
- [Nuevas variantes del COVID-19: Vacíos de conocimiento e investigación](#)
- [Secuenciación genómica de SARS-CoV-2: guía de aplicación para lograr máximo impacto en la salud pública.](#)
- [Consideraciones para aplicar y ajustar medidas sociales y de salud pública en el contexto del COVID-19](#)

Figura 5. Prevalencia de las variantes de preocupación (VOC) Delta y Ómicron en los últimos 30 días, datos al 8 de febrero del 2022



Proporción de VOC entre secuencias totales (países con >/- 100 secuencias en los últimos 30 días) *



Situación al 8 de febrero del 2022

*Prevalencia estimada como proporción de secuencias de VOC entre secuencias totales subidas a GISAID con fechas de colección de muestras en los 30 días pasados anteriores a la última fecha de colección, no incluye las secuencias de baja cobertura, limitadas a países con >/-100 del total de secuencias en un mismo periodo. Países asignados por ubicación de colección de muestras.

**Incluye los reportes oficiales de la OMS y los reportes no oficiales de detecciones de VOC.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Organización de las Naciones Unidas para la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o áreas, o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras o límites. Las líneas punteadas y discontinuas en los mapas representan líneas fronterizas aproximadas para las que aún no hay pleno acuerdo.

Organización Mundial de la Salud

©-WHO 2022, Todos los derechos reservados

Véase también el [Anexo 2](#) para las detecciones de VOC reportadas por país, territorio, área

Figura 6. Eficacia de la vacuna (EV) de la serie primaria y de la vacunación de refuerzo contra la variante de preocupación Ómicron

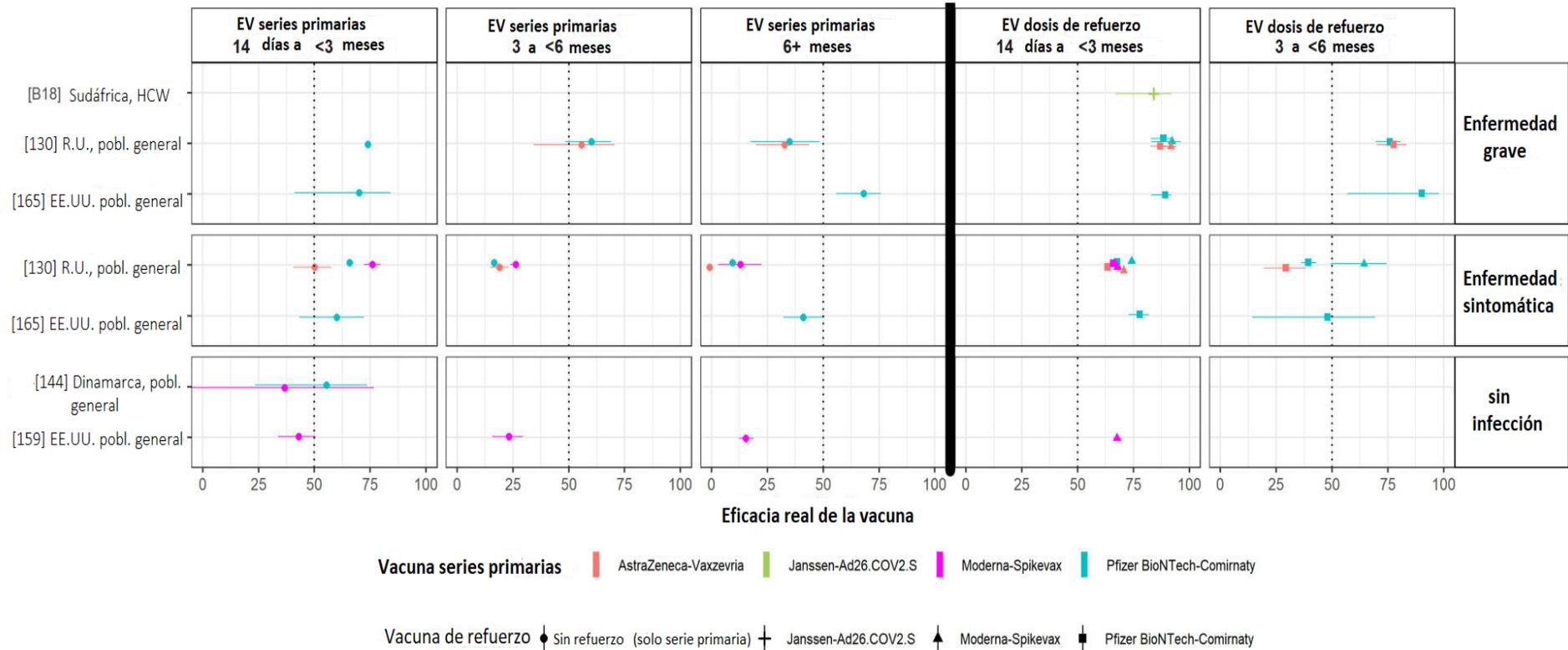
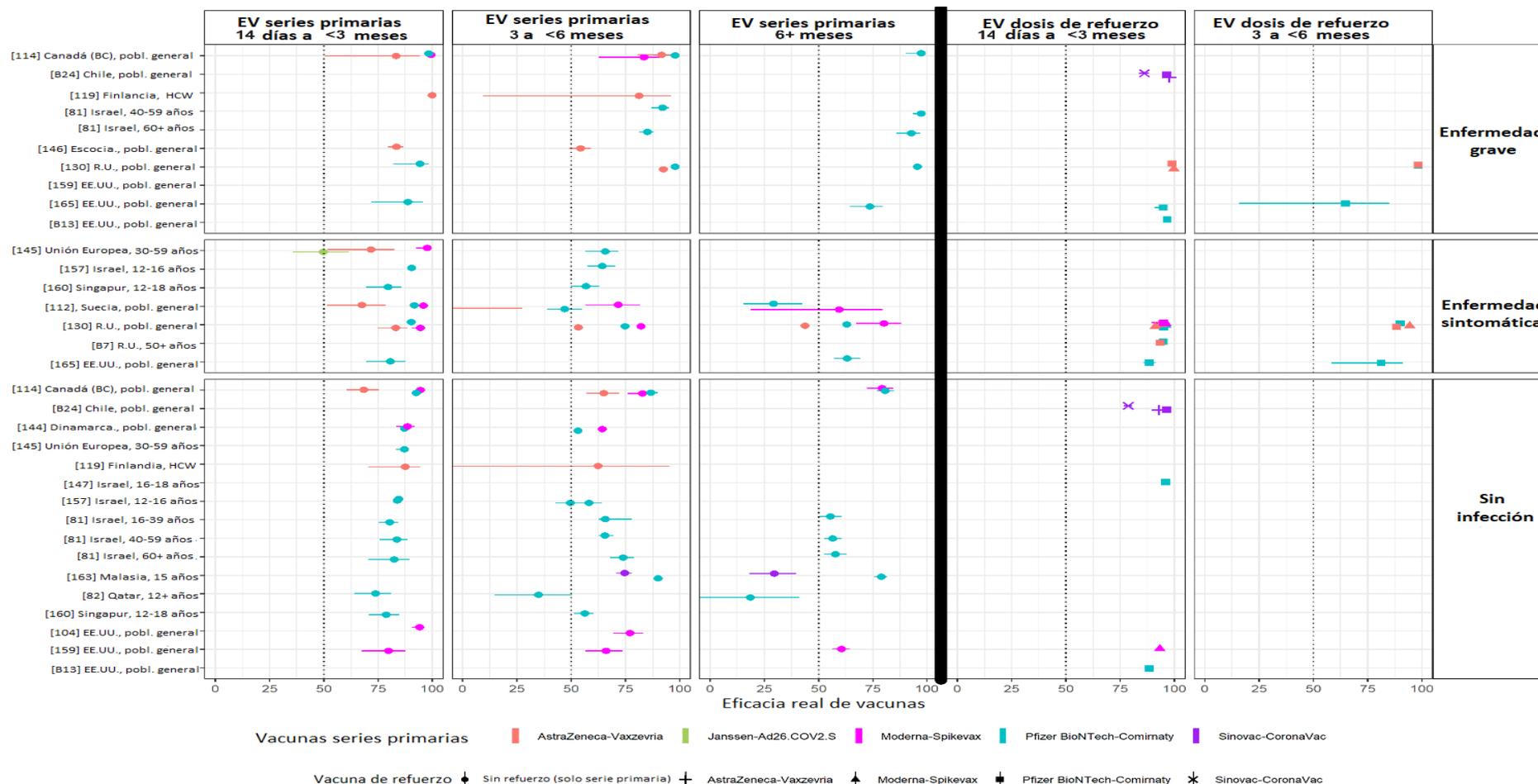


Figura 7. Eficacia de la vacuna (EV) de la serie primaria y de la vacunación de refuerzo contra la variante de preocupación Delta



Abreviaturas: pop=población; HCW=trabajadores sanitarios; EU=Unión Europea. Los puntos representan estimaciones puntuales de la eficacia de la vacuna; las líneas horizontales representan los intervalos de confianza del 95%. Las etiquetas a lo largo del lado izquierdo del gráfico indican los números de referencia [], el país y la población del estudio. Los números de referencia identifican el estudio y enlazan con la [tabla de resumen](#) de los estudios de eficacia de las vacunas (EV) en [view-hub.org](#) (Tabla 1 en la tabla de resumen); las referencias que comienzan con una «B» son estudios que se encuentran solo en la tabla de vacunas de refuerzo (Tabla 2 en la tabla de resumen). Las series primarias se refieren a la aplicación de dos dosis de vacunas para Astra-Zeneca-Vaxzevria; Moderna-Spikevax, Pfizer BioNTech-Comirnaty y Sinovac-CoronaVac y una dosis de Janssen-Ad26.CO.V2.S. La enfermedad grave incluye la hospitalización; la enfermedad sintomática incluye tanto la enfermedad leve como la grave; cualquier infección incluye tanto las asintomáticas como cualquier enfermedad sintomática. En el anexo 3 se ofrecen detalles adicionales sobre los métodos de inclusión de las estimaciones en los gráficos. Obsérvese que una estimación puntual negativa para AstraZeneca-Vaxzevria EV frente a la enfermedad sintomática Delta (referencia 112) con un IC del 95% que cruza el 0 no es totalmente visible en el gráfico.

Las figuras 6 y 7 resumen el impacto de las variantes Ómicron y Delta, respectivamente, en la eficacia de la vacuna (EV) específica del producto a lo largo del tiempo, tanto para las vacunas de la serie primaria como para las vacunas de refuerzo. Los métodos para incluir las estimaciones en el gráfico se describen a continuación. En el anexo 4 también se puede encontrar información adicional sobre el rendimiento de las vacunas con respecto a las VOC.

Interpretación de los resultados de la EV para la variante Ómicron

Los datos disponibles para la EV de la variante Ómicron son limitados. Sin embargo, las estimaciones disponibles muestran una menor protección de las vacunas de la serie primaria COVID-19 contra la variante Ómicron para todos los resultados (*enfermedad grave, enfermedad sintomática e infección*) que la observada anteriormente para otras variantes de preocupación. Es importante destacar que las estimaciones de la EV contra la variante Ómicron siguen siendo más altas en caso de enfermedad grave, mientras que son más bajas en caso de enfermedad sintomática e infección. La vacunación de refuerzo mejora sustancialmente la EV para todos los resultados para todos los productos con datos disponibles. Se necesitan más datos sobre la duración de la EV tras una dosis de refuerzo.

Las estimaciones de la EV de la vacuna BioNTech-Comirnaty de Pfizer contra la *enfermedad grave* debida a la variante Ómicron en los tres primeros meses después de la serie primaria (sin una dosis de refuerzo) oscilan entre el 70% y el 74%, y disminuyen con el tiempo desde la vacunación, con estimaciones de la EV del 60% entre los tres y los seis meses, y del 35 al 68% a los seis meses o más. Entre los tres y seis meses, y los seis meses o más, las estimaciones de la EV de la vacuna AstraZeneca-Vaxzevria contra la *enfermedad grave* se redujeron del 56% al 33%, con intervalos de confianza relativamente amplios (véase la figura 5 para más detalles).

Las estimaciones tempranas de la EV (medida desde los 14 días hasta los tres meses después de la vacunación) de la serie primaria contra la *enfermedad sintomática* son generalmente más bajas que las de la *enfermedad grave*, aunque se mantiene en 50% o más para las vacunas AstraZeneca-Vaxzevria, Moderna-Spikevax y Pfizer BioNTech-Comirnaty. En cambio, la mayoría de las estimaciones de la EV contra la *infección* a los 14 días y hasta los tres meses después de la serie primaria son inferiores al 50%. Todas las estimaciones disponibles contra la *enfermedad sintomática* y la *infección* medidas tres o más meses después de la finalización de la serie primaria indican estimaciones de EV inferiores al 50% para las tres vacunas (Pfizer BioNTech-Comirnaty, Moderna-Spikevax y AstraZeneca-Vaxzevria).

Una dosis de refuerzo aumenta las estimaciones de la EV contra la *enfermedad grave* por encima del 75% para todas las vacunas de las que se dispone de datos y este efecto se mantiene hasta seis meses después de la dosis de refuerzo. Una dosis de refuerzo aumenta las estimaciones de la EV contra la *enfermedad sintomática* en los tres primeros meses después de la vacunación hasta el 63% y 78% para todas las vacunas; sin embargo, estas disminuyen hasta el 29-64% a los 3-6 meses. Los datos disponibles sobre la EV contra la *infección* debida a la variante Ómicron tras una dosis de refuerzo son limitados, ya que solo un estudio muestra una EV del 68% en los tres primeros meses tras una dosis de refuerzo de Moderna-Spikevax.

Interpretación de los resultados de la EV para la variante Delta

La mayoría de las pruebas hasta la fecha revelan que la eficacia de las vacunas de ARNm (Pfizer BioNTech-Comirnaty y Moderna-Spikevax) sigue siendo alta contra la *enfermedad grave* asociada a la infección de la variante Delta a los seis o más meses después de la serie primaria, con tres de cuatro estudios que informan de estimaciones de EV de >90% y un estudio que informa de una EV de 74% a los seis meses o más. Tres estudios informan de una alta EV (>80%) de la vacuna AstraZeneca-Vaxzevria entre tres y seis meses después de la serie primaria, mientras que un estudio informa de una menor EV (54%), en comparación con los tres primeros meses (84%).

Las estimaciones de la EV contra la *enfermedad sintomática* y la *infección* oscilan entre el 73% y el 96% tras la serie primaria de una de las dos vacunas de ARNm desde los 14 días hasta los tres meses después de la vacunación y entre el 68% y el 88% tras la serie primaria de la vacuna AstraZeneca-Vaxzevria durante el mismo periodo de

tiempo. Sin embargo, hay pruebas consistentes de una disminución de la EV contra la *enfermedad sintomática* y la *infección* con el tiempo después de la serie primaria para todas las vacunas de las que se dispone de datos. A pesar de ello, la mayoría de las pruebas siguen informando de estimaciones de la EV de >50% (59%-80%) a los seis meses o más después de cualquiera de las vacunas de ARNm, con dos estimaciones por debajo del 50%. Tres de los cuatro estudios de evaluación de la vacuna AstraZeneca-Vaxzevria también mostraron una EV >50% (54%-65%) de tres a seis meses, aunque en uno de estos estudios la EV disminuyó al 43%. Un estudio de Sinovac-CoronaVac (una vacuna inactivada) realizado en Malasia informó de una EV contra la infección del 74% de tres a seis meses después de la serie primaria, que disminuyó al 30% más allá de los seis meses.

La recepción de una dosis de refuerzo de las vacunas de ARNm, basadas en vectores e inactivadas, de las que se dispone de datos, dio lugar a una EV superior al 79% para todos los resultados en los tres primeros meses. Entre los tres y los seis meses siguientes a la dosis de refuerzo, la EV de una vacuna de refuerzo de ARNm contra la *enfermedad grave* siguió siendo superior al 95% en un único estudio realizado en el Reino Unido, pero disminuyó al 65% desde el 95% en un único estudio realizado en los Estados Unidos de América en el mismo periodo de tiempo. La EV contra la *enfermedad sintomática* a los tres meses o más después de una dosis de refuerzo con una vacuna de ARNm fue >75% tras una serie primaria de las vacunas AstraZeneca-Vaxzevria o Pfizer BioNTech-Comirnaty.

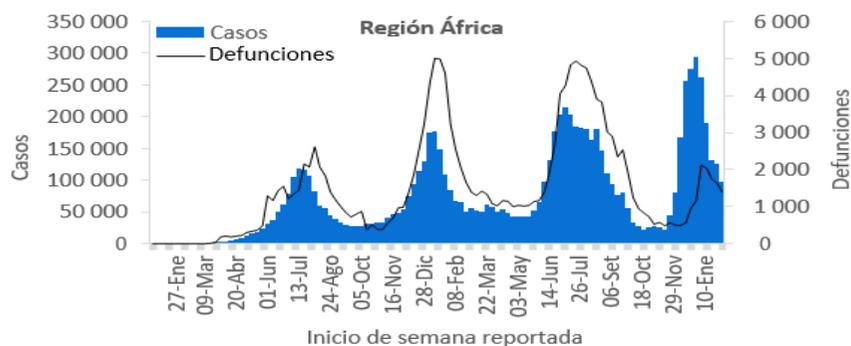
Panorama regional de la OMS

Semana epidemiológica del 31 de enero al 6 de febrero del 2022**

Región de África

La Región de África notificó más de 98,000 nuevos casos, lo que supone un descenso del 22% en comparación con la semana anterior. Se observa que sigue la tendencia a la baja desde principios de enero del 2022. A pesar de ello, dos países informaron que haber tenido un aumento de nuevos casos superior al 20%: Comoras (101 frente a 34 nuevos casos, un aumento del 197%) y Guinea (250 frente a 155 nuevos casos, un aumento del 61%). El mayor número de nuevos casos se registró en Reunión (45,474 nuevos casos; 5,079.1 nuevos casos por cada 100,000 habitantes; cifras similares a las de la semana anterior), Sudáfrica (20,580 nuevos casos; 34.7 nuevos casos por cada 100,000 habitantes; una disminución del 7%) y Argelia (8,288 nuevos casos; 18.9 nuevos casos por cada 100,000; una disminución del 44%).

Esta semana se reportaron más de 1,400 nuevas defunciones en la región, lo que supone un descenso del 14% respecto a la semana anterior. Las cifras más altas de nuevas defunciones se registraron en Sudáfrica (912; 1.5 por cada 100,000 habitantes; un aumento del 8%), Argelia (85 nuevas defunciones; <1 por cada 100,000 habitantes; un aumento del 15%) y Uganda (34 nuevas defunciones; <1 nueva por cada 100,000 habitantes; una disminución del 31%).

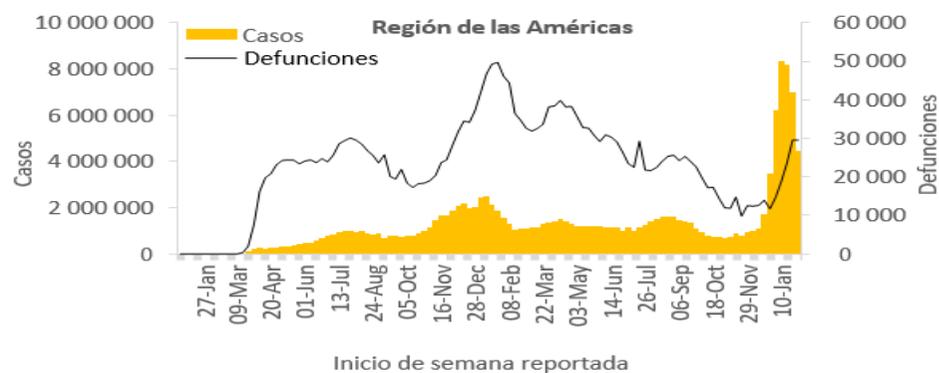


Actualizaciones desde la [Región de África](#)

Región de las Américas

La Región de las Américas reportó más de 4'400,000 nuevos casos, lo que supone un descenso del 36% respecto a la semana anterior, tendencia que se mantiene desde mediados de enero. Sin embargo, ocho países reportaron aumentos de nuevos casos del 20% o más, siendo los mayores aumentos proporcionales los informados por Dominica (968 frente a 515 nuevos casos; un aumento del 88%) y Honduras (5,674 frente a 3,438 nuevos casos; un aumento del 65%). Las cifras más altas de nuevos casos se registraron en Estados Unidos de América (1'874,006 nuevos casos; 566.2 nuevos casos por 100,000; una disminución del 50%), Brasil (1'241,025 nuevos casos; 583.8 nuevos casos por 100,000; cifras similares a las de la semana anterior) y Argentina (283,743 nuevos casos; 627.8 nuevos casos por 100,000; una disminución del 51%).

Esta semana el número de nuevas defunciones se mantuvo similar al de la semana pasada, con más de 29,000 nuevos fallecimientos reportados en la Región. Las cifras más elevadas se registraron en Estados Unidos de América (14,090 nuevas defunciones; 4.3 por 100.000; una disminución del 15%), Brasil (4,610 nuevas defunciones; 2.2 nuevas defunciones por cada 100,000; un aumento del 39%) y México (2,910 nuevos fallecimientos; 2.3 nuevas defunciones por cada 100,000); un aumento del 48%).

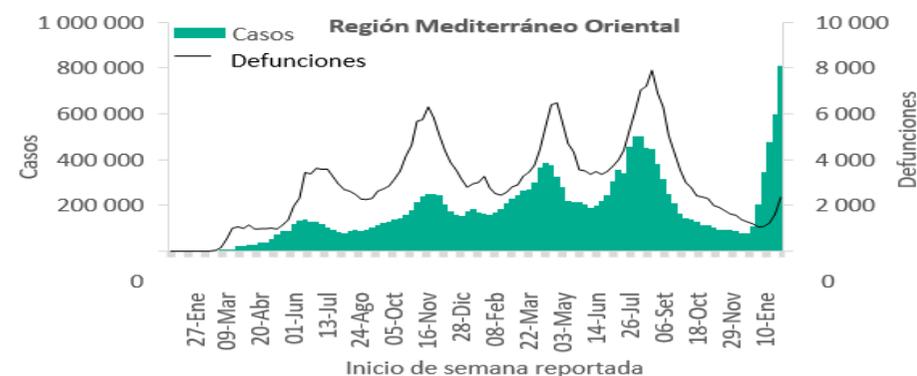


Actualizaciones desde la [Región de las Américas](#)

Región del Mediterráneo Oriental

El número de nuevos casos semanales ha seguido aumentando en la Región del Mediterráneo Oriental durante esta semana, con más de 808,000 reportados, lo que supone un aumento del 36% en comparación con la semana anterior. Desde finales de diciembre del 2021 se ha informado un número creciente de nuevos casos en la región. Esta semana, nueve países han informado aumentos del 20% o más, siendo los mayores aumentos relativos los de la República Islámica de Irán, Afganistán (4,046 frente a 2,118 nuevos casos; un aumento del 91%) y Jordania. El mayor número de nuevos casos se reportó en la República Islámica de Irán (221,654 nuevos casos; 263.9 por 100,000; un aumento del 188%), Jordania (116,993 nuevos casos; 1,146.6 por cada 100,000; un aumento del 85%) y el territorio palestino ocupado (58,046 nuevos casos; 1,137.8 por cada 100,000; un aumento del 75%).

Esta semana se notificaron más de 2,300 nuevas defunciones en la región, lo que corresponde a un aumento del 45% en comparación con la semana anterior. Las cifras más altas de nuevas defunciones se registraron en Túnez (383; 3.2 por 100,000; un aumento del 39%), la República Islámica de Irán (365 nuevas defunciones; <1 por 100,000; un aumento del 105%) y Egipto (311 nuevas defunciones; <1 por 100,000; un aumento del 32%).

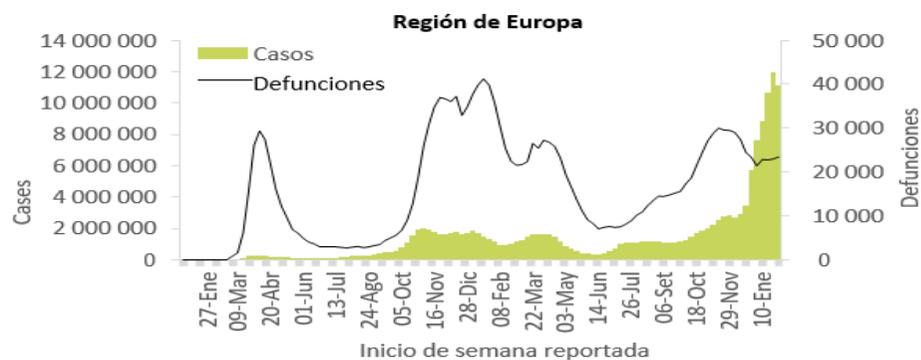


Actualizaciones de la [Región del Mediterráneo Oriental](#)

Región de Europa

Tras un aumento de la incidencia de casos semanales desde mediados de diciembre del 2021, la Región de Europa reportó más de 11'100,000 nuevos casos esta semana, un descenso del 7% respecto a la semana anterior. Sin embargo, once países informaron un aumento de nuevos casos del 20% o más en la última semana. Los que reportaron el mayor aumento relativo fueron Bielorrusia (30,475 frente a 13,698 nuevos casos; un aumento del 122%), Azerbaiyán (39,839 frente a 19,307 nuevos casos; un aumento del 106%) y la Federación de Rusia. El mayor número de casos nuevos se reportó en Francia (1'738,189 nuevos casos; 2,672.5 por cada 100,000; una disminución del 26%), Alemania (1'285,375 nuevos casos; 1,545.5 por 100,000; un aumento del 22%), y la Federación de Rusia (1'073,111 nuevos casos; 735.3 por cada 100,000; un aumento del 71%).

En la región se reportaron más de 23,000 nuevas defunciones, cifra similar a la de la semana anterior. Las cifras más elevadas se registraron en la Federación de Rusia (4,686 nuevas defunciones; 3.2 por cada 100,000; similar a la semana anterior), Italia (2,628 nuevas defunciones; 4.4 por cada 100,000; similar a la semana anterior) y Francia (1,867 nuevas defunciones; 2.9 por cada 100,000; similar a las cifras de la semana anterior).

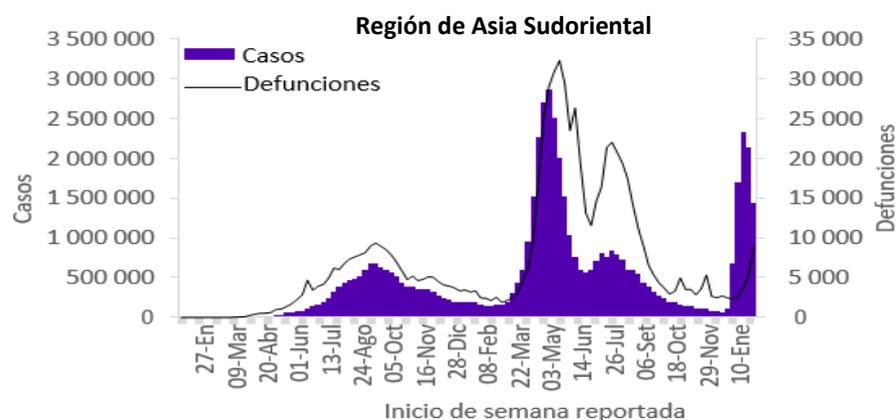


Actualizaciones de la [Región de Europa](#)

Región de Asia Sudoriental

La Región de Asia Sudoriental informó un marcado descenso del 32% de nuevos casos en la última semana, con más de 1'400,000 de nuevos casos. Sin embargo, la mitad de los países de la Región (5/10) aún reportaron aumentos de nuevos casos del 20% o más y los países con el mayor aumento proporcional fueron: Timor-Leste (466 frente a 69 nuevos casos; un aumento del 575%), Indonesia y Myanmar (2,647 frente a 1,183 nuevos casos; un aumento del 124%). El mayor número de casos nuevos se registró en India (1'095,616; 79.4 por cada 100,000; una disminución del 41%), Indonesia (173,295; 63.4 por cada 100,000; un aumento del 205%) y Bangladesh (76,200 nuevos casos; 46.3 por cada 100,000; una disminución del 24%).

Por el contrario, la región informó un aumento del 67% en el número de nuevas defunciones reportadas en comparación con la semana anterior, con más de 8,700 nuevas defunciones. Esto se debe en gran medida a las defunciones con fecha anterior en la India. Las cifras más altas de nuevas defunciones se registraron en India (7,888 nuevas defunciones; <1 por cada 100,000; un aumento del 68%), Indonesia (251 nuevas defunciones; <1 por cada 100,000; un aumento del 202%) y Bangladesh (226 nuevas defunciones; <1 por cada 100,000; un aumento del 61%).

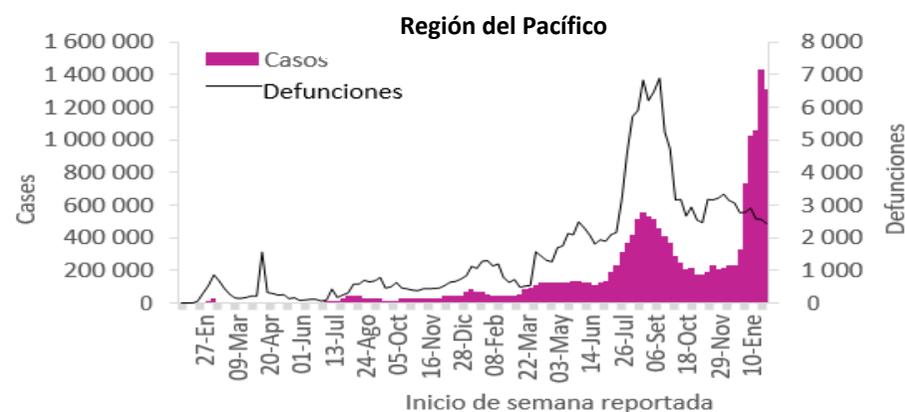


Actualizaciones de [Región de Asia Sudoriental](#)

Región del Pacífico Occidental

Tras el aumento del número de nuevos casos de la semana pasada, la región del Pacífico Occidental informó más de 1'300,000 nuevos casos, lo que supone un descenso del 8% en comparación con la semana anterior. Sin embargo, casi la mitad (13/28; 46%) de los países de la región informaron aumentos de nuevos casos del 20% o más, con los mayores incrementos en Kiribati (1,206 frente a 142 nuevos casos; un aumento del 749%), Brunei Darussalam (1,059 frente a 261 nuevos casos; un aumento del 306%) y las Islas Salomón (1,892 frente a 609 nuevos casos; un aumento del 211%). El mayor número de nuevos casos se registró en Japón (623,128 nuevos casos; 492.7 nuevos casos por 100,000; un aumento del 34%), Australia (215,234 nuevos casos; 844. por cada 100,000; un descenso del 57%) y la República de Corea (181,053 nuevos casos; 353.1 por cada 100,000; un aumento del 91%).

El número de nuevas defunciones también disminuyó en la Región, con más de 2,400 nuevas defunciones, un 5% menos que la semana anterior. Las cifras más elevadas de nuevas defunciones se registraron en Vietnam (714 nuevas defunciones; <1 por 100,000; una disminución del 25%), Australia (528 nuevas defunciones; 2.1 por 100,000; un 7% más) y Japón (528 nuevas defunciones; <1 nueva defunción por 100 000; un aumento del 121%).



Actualizaciones de [Región del Pacífico Occidental](#)

Resumen de la Actualización Operativa Semanal del COVID-19

La [Actualización Operativa Semanal](#) es un informe proporcionado por el equipo de Seguimiento y Evaluación del Plan Estratégico de Preparación y Respuesta (PEER) del COVID-19, cuyo objetivo es actualizar los progresos globales en curso en relación con el marco del [PEER 2021 del COVID-19](#) y destacar las acciones a nivel nacional, y el apoyo de la OMS a los países. En la edición de esta semana, publicada el 8 de febrero, se destacan los siguientes aspectos:

- Donación de kits de prueba de biosensores SD para apoyar la respuesta de Belice al COVID-19.
- Mejora de las actividades de comunicación de riesgos y de participación comunitaria en Tailandia.
- Italia se une a otros Estados miembros de la Unión Europea para aumentar el compromiso de vacunas contra el COVID-19 para Siria.
- Integración y expansión: Aprovechamiento de los sistemas antigripales para la respuesta al COVID-19.
- Lanzamiento del curso en línea SocialNet en OpenWHO
- Actualizaciones sobre la financiación de la OMS para apoyar a los países en la implementación de la respuesta al COVID-19 para suprimir la transmisión, reducir la exposición y proteger a las personas vulnerables y salvar vidas.
- Progresos en un subconjunto de indicadores mundiales que demuestran los avances de los países y del mundo para poner fin a la fase aguda de la pandemia

Orientaciones técnicas y otros recursos

- [Orientaciones técnicas de la OMS](#)
- [Panel de control del COVID-19 de la OMS](#)
- [Actualizaciones operativas semanales de la OMS sobre el COVID-19](#)
- [Definiciones de casos de COVID-19 de la OMS](#)
- [Actualización semanal de la situación de la célula de coordinación interinstitucional de la cadena de suministro del COVID-19](#)
- [Investigación y desarrollo](#)
- [Cursos abiertos de la OMS sobre el COVID-19](#) en los idiomas oficiales de la ONU y [en otros idiomas nacionales](#)
- [Aplicación de aprendizaje móvil sobre el COVID-19 de la Academia de la OMS](#)
- [El Plan Estratégico de Preparación y Respuesta \(SPRP\)](#), que describe el apoyo que la comunidad internacional puede prestar a todos los países para prepararse y responder al virus
- [EPI-WIN: información adaptada para individuos, organizaciones y comunidades](#)
- Recomendaciones y consejos para el público:
 - [Protéjase](#)
 - [Preguntas y respuestas](#)
 - [Consejos de viaje](#)

Anexo 1. Lista de países, territorios, áreas que informan de variantes de preocupación al 8 de febrero del 2022

Pais/Territorio/Área	Alfa	Beta	Delta	Gamma	Ómicron
Afganistán	●	-	●	-	-
Albania	●	-	○	-	●
Algeria	●	-	●	-	●
Samoa Americana	-	-	○*	-	○*
Andorra	○	○	○	-	○*
Angola	●	●	●	●	●
Anguilla	●	-	●	-	●
Antigua and Barbuda	●	●	●	●	●
Argentina	●	●	●	●	●
Armenia	●	-	●	-	●
Aruba	●	●	●	●	●
Australia	●	●	●	●	●
Austria	●	●	●	●	●
Azerbaiyán	●	-	○	-	●
Bahamas	●	-	●	●	-
Bahréin	●	●	●	●	●
Bangladesh	●	●	●	○	●
Barbados	●	-	●	●	●
Bielorrusia	●	-	○	-	●
Bélgica	●	●	●	●	●
Belice	●	-	●	●	-
Benín	●	●	●	●	-
Bermuda	●	●	●	-	●
Bután	●	●	●	-	●
Bolivia (Estado Plurinacional de)	●	-	●	●	●
Bonaire	●	-	●	●	●
Bosnia y Herzegovina	●	●	○	●	○
Botsuana	○	●	●	-	●
Brasil	●	●	●	●	●
Islas Vírgenes Británicas	●	-	●	●	●
Brunei Darussalam	●	●	●	-	●
Bulgaria	●	●	●	-	●
Burkina Faso	●	●	●	-	●
Burundi	●	●	●	-	-
Cabo Verde	●	●	●	-	●
Camboya	●	●	●	-	●
Camerún	●	●	●	●	-
Canadá	●	●	●	●	●
Caimán, Islas	●	●	●	●	●
República Central Africana	●	●	●	-	-
Chad	●	●	●	-	-
Chile	●	●	●	●	●
China	●	●	●	●	●
Colombia	●	-	●	●	●
Comoras	●	●	●	-	-
Congo	●	●	●	●	○
Costa Rica	●	●	●	●	●
Croacia	●	●	○	●	●
Cuba	●	●	●	-	●
Curazao	●	●	●	●	●
Chipre	●	●	○	-	●
Chequia	●	●	●	●	●
Costa de Marfil	●	●	○	●	○
República Democrática de Congo	●	●	●	-	●
Dinamarca	●	●	●	●	●
Yibuti	●	●	●	-	-
Dominica	●	-	●	-	○*
República Dominicana	●	-	●	●	●
Ecuador	●	-	●	●	●
Egipto	●	-	●	-	●
El Salvador	●	-	●	●	○
Guinea Ecuatorial	●	●	●	●	-
Estonia	●	●	○	○	●
Esuatini	●	●	●	-	●
Etiopia	●	●	●	-	●
Falkland, Islas (Malvinas)	●	●	-	-	-
Feroe, Islas	●	-	-	-	-
Fiyi	○	-	●	-	●
Finlandia	●	●	●	●	●
Francia	●	●	●	●	●
Guayana Francesa	●	●	●	●	●
Polinesia Francesa	●	●	●	●	●
Gabón	●	●	●	●	○
Gambia	●	●	●	●	●
Georgia	●	○	●	-	●
Alemania	●	●	●	●	●
Ghana	●	●	●	●	●
Gibraltar	●	-	○	-	●
Grecia	●	●	●	●	●
Groenlandia	-	-	●	-	-
Granada	●	-	●	●	●
Guadalupe	●	●	●	●	●
Guam	●	●	●	●	●
Guatemala	●	●	●	●	●
Guernsey	●	●	●	-	●
Guinea	●	●	●	-	●
Guinea-Bissau	●	●	●	-	-
Guyana	-	-	●	●	-
Haití	●	-	●	●	○*
Honduras	●	-	●	●	●
Hungría	●	○	○	●	●
Islandia	●	●	●	●	●
India	●	●	●	●	●
Indonesia	●	●	●	-	●
Irán (República Islámica de)	●	●	●	-	●
Iraq	●	●	●	●	●
Irlanda	●	●	●	●	●
Israel	●	●	●	●	●
Italia	●	●	●	●	●
Jamaica	●	-	●	-	●
Japón	●	●	●	●	●
Jordán	●	●	●	●	●
Kazakstán	●	○	●	-	●
Kenia	●	●	●	●	●
Kiribati	●	●	●	●	●
Kosovo [1]	●	○	○	-	●
Kuwait	●	●	●	-	●
Kirguistán	●	●	●	-	●
Laos, República Democrática Pop.	●	-	●	-	○
Letonia	●	●	○	●	●
Líbano	●	-	●	-	●
Lesoto	●	●	●	-	-
Liberia	●	●	●	-	-
Libia	●	●	-	-	-
Liechtenstein	●	-	○	○	○
Lituania	●	●	○	●	●
Luxemburgo	●	●	●	●	●
Madagascar	●	●	-	○	-

País/Territorio/Área	Alfa	Beta	Delta	Gamma	Omicron
Malawi	●	●	●	-	●
Malaysia	●	●	●	-	●
Maldivas	●	-	●	-	●
Mali	●	●	●	-	○
Malta	●	○	○	●	●
Martinica	●	●	●	●	●
Mauritania	●	●	●	-	●
Mauricio	●	●	●	-	●
Mayotte	●	●	○	-	●
México	●	●	●	●	●
Mónaco	●	●	●	-	-
Mongolia	●	-	●	-	○
Montenegro	●	-	○	○	○
Montserrat	●	-	●	●	●
Marruecos	●	●	●	-	●
Mozambique	●	●	●	-	●
Myanmar	●	-	●	-	●
Namibia	●	●	●	●	●
Nepal	●	-	●	-	●
Países Bajos	●	●	●	●	●
Nueva Caledonia	●	-	●	-	●
Nueva Zelanda	●	●	●	●	●
Nicaragua	●	●	●	●	●
Níger	○	-	●	-	●
Nigeria	●	●	●	-	●
Macedonia del Norte	●	●	○	-	○
Islas Marianas del Norte (Mancomunidad de)	○	-	-	-	-
Noruega	●	●	●	●	●
Territorio Ocupado de Palestina	●	●	●	-	●
Omán	●	●	●	-	●
Pakistán	●	●	●	●	●
Palao	-	-	○	-	-
Panamá	●	●	●	●	●

País/Territorio/Área	Alfa	Beta	Delta	Gamma	Ómicron
Papúa Nueva Guinea	-	-	●	-	●
Paraguay	●	-	●	●	●
Perú	●	-	●	●	●
Filipinas	●	●	●	●	●
Polonia	●	○	●	●	●
Portugal	●	●	●	●	●
Puerto Rico	●	●	●	●	●
Qatar	●	●	●	-	●
República de Corea	●	●	●	●	●
República de Moldava	●	-	●	-	●
Rumania	●	●	●	●	●
Federación de Rusia	●	●	●	○	●
Ruanda	●	●	●	-	●
Reunión	●	●	○	●	●
Saba	-	-	●	-	-
San Bartolomé	●	-	●	-	●
San Cristóbal y Nieves	-	-	●	-	○
Santa Lucía	●	-	●	-	●*
Saint Martin	●	●	●	-	●
San Pedro y Miquelón	-	-	●	-	-
San Vicente y las Granadinas	-	-	●	●	●
Santo Tomé y Príncipe	●	●	○	-	-
Saudí Arabia	●	●	●	-	●
Senegal	●	●	●	-	●
Serbia	●	-	●	○	○
Seychelles	●	●	●	-	●
Sierra Leone	●	●	●	-	●
Singapore	●	●	●	●	●
Sint Maarten	●	●	●	●	●
Eslovaquia	●	●	●	-	●
Eslovenia	●	●	●	●	●
Salomón Islas	-	-	●	-	●
Somalia	●	●	●	-	-

País/Territorio/Área	Alfa	Beta	Delta	Gamma	Ómicron
Sudáfrica	●	●	●	●	●
South Sudan	●	●	●	-	●
España	●	●	●	●	●
Sri Lanka	●	●	●	-	●
Sudan	●	●	-	●	-
Surinam	●	●	●	●	●
Suecia	●	●	●	●	●
Suiza	●	●	●	●	●
Tailandia	●	●	●	●	●
Timor-Leste	●	-	●	-	●
Togo	●	●	●	●	●
Trinidad and Tobago	●	-	●	●	●
Túnez	●	●	●	-	●
Turquía	●	●	●	●	●
Turcos y Caicos, Islas	●	-	●	●	-
Uganda	●	●	●	-	●
Ucrania	●	○	○	-	●
Emiratos Árabes Unidos	●	●	●	●	●
Reino Unido	●	●	●	●	●
República Unida de Tanzania	●	●	●	●	○
Estados Unidos de Islas Vírgenes	●	●	●	●	●
Estados Unidos de América	●	●	●	●	●
Uruguay	●	●	●	●	●
Uzbekistán	●	●	○	-	●
Vanuatu	-	-	●	-	-
Venezuela (Re. Bolivariana de)	●	-	●	●	●
Viet Nam	●	●	●	-	●
Wallis and Futuna	-	●	-	-	-
Yemen	●	●	-	-	-
Zambia	●	●	●	-	●
Zimbabue	●	●	●	-	●

* Recientemente reportado en esta actualización. «●» indica que la información sobre esta variante fue recibida por la OMS de fuentes oficiales. «○» indica que la información sobre esta variante fue recibida por la OMS de fuentes no oficiales y será revisada a medida que se disponga de más información. **Incluye países, territorios, áreas que reportan la detección de VOC entre viajeros (por ejemplo, casos importados detectados en puntos de entrada), o casos locales (detectados en la comunidad). No incluye los países, territorios y áreas que nunca han notificado la detección de una variante de preocupación.

Véase también el [anexo 2: Notas sobre datos, tablas y figuras](#)

Anexo 2. Notas sobre los datos, las tablas y las figuras

Los datos presentados se basan en los casos oficiales del COVID-19 confirmados por laboratorio y en las defunciones reportadas a la OMS por país, territorios y áreas, basándose en gran medida en las [definiciones de caso](#) y las [orientaciones de vigilancia](#) de la OMS. Aunque se toman medidas para garantizar la exactitud y la fiabilidad, todos los datos están sujetos a verificación y cambios continuos, y hay que tener cuidado al interpretarlos, ya que existen varios factores que influyen en los recuentos presentados, con una subestimación variable de las verdaderas incidencias de casos y defunciones, y retrasos variables para reflejar estos datos a nivel mundial. La detección de casos, los criterios de inclusión, las estrategias de pruebas, las prácticas de reporte y los tiempos de corte y retraso de los datos difieren entre países, territorios y áreas. Un pequeño número de países, territorios y áreas informan de la combinación de casos probables y confirmados por laboratorio. Es de esperar que haya diferencias entre los productos de información publicados por la OMS, las autoridades nacionales de salud pública y otras fuentes.

Debido a que las autoridades de salud pública llevan a cabo ejercicios de reconciliación de datos que eliminan un gran número de casos o defunciones de sus recuentos totales, es posible que se muestren números negativos en las nuevas columnas de casos/defunciones, según corresponda. Cuando se disponga de detalles adicionales que permitan prorratear adecuadamente las sustracciones a los días anteriores, las figuras se actualizarán en consecuencia. Se puede solicitar un registro del ajuste de datos históricos realizado enviando un correo electrónico a <mailto:epi-data-support@who.int>. Por favor, especifique los países de interés, el período de tiempo y el propósito de la solicitud o uso previsto. Los informes de situación anteriores no se editarán; consulte covid19.who.int para obtener los datos más actualizados. Los casos confirmados y las defunciones de COVID-19 reportados en los últimos siete días por países, territorios y áreas, y por región de la OMS (reportados en ediciones anteriores) están ahora disponibles en: <https://covid19.who.int/table>.

Los «países» pueden referirse a países, territorios, áreas u otras jurisdicciones de estatus similar. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Organización de las Naciones Unidas para la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o áreas, o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras o límites. Las líneas punteadas y discontinuas en los mapas representan líneas fronterizas aproximadas para las que aún no hay pleno acuerdo. Los países, territorios y áreas están ordenados según la región administrada de la OMS. La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OMS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, los nombres de los productos patentados se distinguen por la letra inicial mayúscula.

[1] Todas las referencias a Kosovo deben entenderse en el contexto de la resolución 1244 (1999) del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas. En el mapa, el número de casos de Serbia y Kosovo (Resolución 1244 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, 1999) se ha agregado a efectos de visualización.

Anexo 3. Métodos para las figuras 6 y 7

- Las figuras incluyen cinco estudios de Dinamarca, Sudáfrica, el Reino Unido y los Estados Unidos de América en los que se evalúa la EV contra la variante Ómicron, y 19 estudios de la EV contra la variante Delta de varios países de la Región Europea y la Región de las Américas, así como de Qatar, Malasia y Singapur.
- Los estudios de la EV incluidos en la figura se identificaron a partir de una revisión sistemática en curso de los estudios de eficacia de la vacuna COVID-19. Todos los estudios eran de cohortes o estudios negativos a la prueba. Los métodos para la revisión sistemática y los criterios de inclusión o exclusión

están disponibles en view-hub.org. Los estudios se realizaron durante un periodo en el que la variante Delta u Ómicron era la predominante en circulación. Las estimaciones se incluyeron si eran de casos confirmados por laboratorio de la variante Ómicron o Delta. Además, para la serie primaria de EV, solo se incluyen los estudios que proporcionan estimaciones de EV para intervalos de tiempo discretos desde la vacunación, que evalúan los cambios en la EV a lo largo del tiempo.

- Para la serie primaria de EV, solo se incluyen en la figura las estimaciones de los estudios que informan de la EV para más de un período de tiempo.
- Cuando el intervalo de tiempo posterior a la vacunación abarcaba dos intervalos en la figura, la estimación se colocó en el período de tiempo (panel en la figura) basado en el punto de tiempo medio del intervalo.
- Las estimaciones no se han representado si se combinan diferentes productos de vacunación para producir la estimación de la EV. Los calendarios heterólogos se incluyen si todos los individuos del estudio recibieron los productos vacunales en el mismo orden (por ejemplo, se incluyen las estimaciones de la EV de la serie primaria de AstraZeneca-Vaxzevria seguida del refuerzo de Pfizer BioNTech-Comirnaty; se excluyen las estimaciones de la EV de la serie primaria de AstraZeneca-Vaxzevria seguida de cualquier refuerzo de ARNm).

Anexo 4. Resumen de los resultados de las vacunas de la serie primaria con respecto a las variantes de preocupación (datos al 4 de febrero del 2022)

	Vacunas calificadas de la lista de uso de emergencia (EUL) de la OMS*								Vacunas no incluidas en la EUL DE LA OMS ⁺	
	AstraZeneca-Vaxzevria/SII - Covishield	Beijing CNBG-BBIBP-CorV	Bharat-Cova xin	Janssen-Ad26.COV 2.S	Moderna-mRNA-1273	Novavax-Covavax	Pfizer BioNTech-Comirnaty	Sinovac - Corona Vac	Anhui ZL-Recombinant	Gamaleya-Sputnik V
Alfa, Beta, Gamma										
Resumen de VE*	<i>(véase actualización del 11 de enero del 2022 para mayor información sobre el desempeño de la vacuna contra Alfa, Beta y Gamma)</i>									
<i>variantes de preocupación</i>										
Delta										
Resumen de VE*	Se mantiene la protección contra la enfermedad grave; posible protección reducida contra la enfermedad sintomática y la infección									
- Enfermedad grave+	↔ ₃	-	-	↓ ₁	↔ ₄	-	↔ ₇	-	-	-
- Enfermedad sintomática	↔ _{to} ↓ _↓ ₆	-	↓ ₁	-	↔ ₂	-	↔ _{to} ↓ ₅	-	-	-
- Infección	↔ _{to} ↓ ₅	-	-	↓ _↓ _↓ ₁	↔ ₆	-	↔ _{to} ↓ ₆	-	-	-
Neutralización	↓ ₁₃	↓ ₂	↔ _{to} ↓ ₄	↔ _{to} ↓ _↓ _↓ ₁₀	↓ ₁₃	-	↔ _{to} ↓ ₃₉	↓ _{to} ↓ _↓ _↓ ₉	↔ _{to} ↓ ₂	↓ _{to} ↓ _↓ _↓ ₃
Ómicron										
Resumen de VE*	Protección reducida contra la infección y la enfermedad sintomática; posible protección reducida contra la enfermedad grave, pero la evidencia es limitada									
- Enfermedad grave+	-	-	-	-	-	-	↓ _↓ ↓ _↓ _↓ ₂	-	-	-
- Enfermedad sintomática	↓ _↓ _↓ ₁	-	-	-	↓ _↓ ₁	-	↓ _↓ _↓ ₁	-	-	-
- Infección	↓ _↓ _↓ ₁	-	-	-	↓ _↓ _↓ ₃	-	↓ _↓ _↓ ₃	-	-	-
Neutralización	↓ _↓ _↓ ₆	↔ _{to} ↓ _↓ _↓ ₃	↓ _↓ ₁	↓ _↓ ₂	↓ _↓ _↓ ₁₅	-	↓ _↓ _↓ ₃ 2	↓ _↓ _{to} ↓ _↓ _↓ ₄	-	↓ _↓ ₁

Se refiere a la eficacia teórica y eficacia real de la vacuna. *Resumen de EV: indica las conclusiones generales, pero solo para las vacunas evaluadas contra la variante específica. Las flechas generalizan la magnitud de la reducción de la EV o la neutralización: «↔» reducción de <10 puntos porcentuales (pp) en la EV, o EV >90% sin comparador o que hubo una reducción <2 veces en la neutralización; «↓» reducción de 10 a <20 pp en la EV o reducción de 2 a <5 veces en la neutralización; «↓↓» 20 a <30 pp de reducción en el VE o 5 a <10 veces de reducción en la neutralización; «↓↓↓» ≥30 pp de reducción en el VE o ≥10 veces de reducción en la neutralización. Cuando se dispone de más de un estudio de neutralización, se utilizó el rango intercuartil (percentiles 25 y 75) de las reducciones de pliegues en todos los estudios para la vacuna/variante específica. «Moderna-mRNA-1273/Pfizer BioNTech-Comirnaty» indica que ambas vacunas se evaluaron juntas en el estudio. El número de estudios se muestra como subíndices: los

estudios de eficacia real y neutralización de la vacuna que informan esta tabla se pueden encontrar en la [Biblioteca de Recursos VIEW-hub](#). Las referencias indicadas por los superíndices junto al nombre del COV en la columna 1 son resultados de eficacia teórica de vacunas de ensayos controlados aleatorios que informan esta tabla. + La enfermedad grave se define de forma diferente según los estudios y puede incluir resultados como la hospitalización, la enfermedad crítica y otras formas de enfermedad «grave».

Notas adicionales sobre el impacto de las VOC en las vacunas

- Las reducciones de la EV no significan necesariamente una pérdida de protección, como indica la estimación de la EV absoluta. Por ejemplo, una reducción de 10 puntos porcentuales en la EV contra la enfermedad sintomática para las vacunas de ARNm seguiría significando una alta eficacia real de la vacuna de ~85%. Del mismo modo, las vacunas han mostrado una mayor EV contra la enfermedad grave; por lo tanto, las pequeñas reducciones de la EV contra la enfermedad grave debidas a las VOC pueden seguir significando una protección sustancial.
- La tabla 3 resume el impacto de las VOC en el rendimiento de la vacuna COVID-19 en ausencia de disminución y, por lo tanto, no incluye los estudios que solo evalúan la EV más allá de los 4 meses después de la última dosis.
- Los estudios que informan de las estimaciones de EV específicas de VOC para la vacunación completa (≥ 7 días después de la dosis final) se evalúan frente a una estimación de EV de comparación para ese producto vacunal para determinar el nivel de reducción de la EV. En el caso de la enfermedad sintomática, la EV de la VOC se compara con los resultados de los ECA de fase 3 de entornos sin VOC. Para la enfermedad grave y la infección, debido a la inestabilidad o a la falta de estimaciones de ECA de fase 3, la EV VOC se compara con estimaciones de EV no VOC del mismo estudio cuando están disponibles (o con la EV Alfa del mismo estudio cuando se evalúa Beta, Gamma o Delta); con una excepción para AstraZeneca-Vaxzevria para la infección (cuando se dispone de una estimación de fase 3 de la EV contra la infección debida a la no VOC y se utiliza como comparador). En algunos casos, un estudio puede incluirse para la enfermedad grave o el resultado de la infección incluso sin un comparador, si se informa de una estimación de la EV muy alta frente a un VOC (es decir, $>90\%$).
- También es importante tener en cuenta que los estudios varían en cuanto a la población, las definiciones de los resultados, el diseño del estudio y otras consideraciones metodológicas, lo que puede explicar en parte las diferencias al comparar las estimaciones de la EV de un producto entre distintos estudios. Además, las reducciones resumidas en la tabla representan estimaciones puntuales de la EV y no los intervalos de incertidumbre en torno a estas estimaciones, que varían sustancialmente entre los estudios. Las reducciones de la EV señaladas deben interpretarse teniendo en cuenta estas limitaciones.
- Los estudios de neutralización que utilizan muestras recogidas >7 días y < 6 meses después de la vacunación completa, y que utilizan una cepa ancestral como referencia están incluidos en la Tabla 3.

Referencias

1. Buchan SA, Tibebu S, Daneman N, *et al.* Increased household secondary attacks rates with Variant of Concern SARS-CoV-2 index cases. *Clinical Infectious Diseases*. 2021;(ciab496). doi:10.1093/cid/ciab496
2. Tegally H, Wilkinson E, Giovanetti M, *et al.* Emergence of a SARS-CoV-2 variant of concern with mutations in spike glycoprotein. *Nature*. Published online 2021. <https://doi.org/10.1038/s41586-021-03402-9>
3. Sinha S, Tam B, Wang SM. Altered interaction between RBD and ACE2 receptor contributes towards the increased transmissibility of SARSCoV-2 delta, kappa, beta, and gamma strains with RBD double mutations. *bioRxiv*. Published online January 1, 2021:2021.08.30.458303. doi:10.1101/2021.08.30.458303
4. Curran J, Dol J, Boulos L, *et al.* Transmission characteristics of SARS-CoV-2 variants of concern Rapid Scoping Review. *medRxiv*. Published online January 1, 2021:2021.04.23.21255515. doi:10.1101/2021.04.23.21255515
5. Campbell F, Archer B, Laurenson-Schafer H, *et al.* Increased transmissibility and global spread of SARS-CoV-2

- variants of concern as at June 2021. *Eurosurveillance*. 2021;26(24):2100509. <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.24.2100509>
6. Dhar MS, Marwal R, Vs R, et al. Genomic characterization and epidemiology of an emerging SARS-CoV-2 variant in Delhi, India. *Science*. Published online October 14, 2021:eabj9932. doi:10.1126/science.abj9932
 7. UK Health Security Agency. SARS-CoV-2 variants of concern and variants under investigation in England. Technical briefing 32. 17 December 2021. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1042688/RA_Technical_Briefing_32_DRAFT_17_December_2021_2021_12_17.pdf
 8. Assessment of the further emergence and potential impact of the SARS-CoV-2 Omicron variant of concern in the context of ongoing transmission of the Delta variant of concern in the EU/EEA, 18th update. Published online December 15, 2021. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-assessment-further-emergence-omicron-18th-risk-assessment-december-2021.pdf>
 9. Lyngse FP, Mortensen LH, Denwood MJ, et al. SARS-CoV-2 Omicron VOC Transmission in Danish Households. *Infectious Diseases (except HIV/AIDS)*; 2021. doi:10.1101/2021.12.27.21268278
 10. WHO: Enhancing Readiness for Omicron (B.1.1.529): Technical Brief and Priority Actions for Member States. Published online January 7, 2022. [https://www.who.int/publications/m/item/enhancing-readiness-for-omicron-\(b.1.1.529\)-technical-brief-and-priority-actions-for-member-states](https://www.who.int/publications/m/item/enhancing-readiness-for-omicron-(b.1.1.529)-technical-brief-and-priority-actions-for-member-states)
 11. Bager P, Wohlfahrt J, Fonager J, Albertsen. Increased Risk of Hospitalisation Associated with Infection with SARS-CoV-2 Lineage B.1.1.7 in Denmark. doi:Bager, Peter and Wohlfahrt, Jan and Fonager, Jannik and Albertsen, Mads and Yssing Michaelsen, Thomas and Holten Møller, Camilla and Ethelberg, Steen and Legarth, Rebecca and Fischer Button, Mia Sara and Gubbels, Sophie Madeleine and Voldstedlund, Marianne and Mølbak, Kåre and Skov, Robert Leo and Fomsgaard, Anders and Grove Krause, Tyra, Increased Risk of Hospitalisation Associated with Infection with SARS-CoV-2 Lineage B.1.1.7 in Denmark. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3792894> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3792894>
 12. Paredes MI, Lunn SM, Famulare M, et al. Associations between SARS-CoV-2 variants and risk of COVID-19 hospitalization among confirmed cases in Washington State: a retrospective cohort study. *medRxiv*. Published online January 1, 2021:2021.09.29.21264272. doi:10.1101/2021.09.29.21264272
 13. NERVTAG paper on COVID-19 variant of concern B.1.1.7. *GOV.UK*. Published online 2021. <https://www.gov.uk/government/publications/nervtag-paper-on-covid-19-variant-of-concern-b117>, <http://files/64/nervtag-paper-on-covid-19-variant-of-concern-b117.html> [%2021/02/08/18:37:19]
 14. Pascall DJ, Mollett G, Blacow R, Bulteel N, et al. The SARS-CoV-2 Alpha variant causes increased clinical severity of disease. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.17.21260128v1>
 15. Pearson CA, Eggo. Estimates of severity and transmissibility of novel South Africa SARS-CoV-2 variant 501Y.V2. https://cmmid.github.io/topics/covid19/reports/sa-novel-variant/2021_01_11_Transmissibility_and_severity_of_501Y_V2_in_SA.pdf
 16. Freitas ARR, Beckedorff OA, Cavalcanti LP de G, et al. The emergence of novel SARS-CoV-2 variant P.1 in Amazonas (Brazil) was temporally associated with a change in the age and sex profile of COVID-19 mortality: A population based ecological study. *The Lancet Regional Health -Americas*. 2021;1:100021. doi:10.1016/j.lana.2021.100021
 17. Fisman DN, Tuite AR. Progressive Increase in Virulence of Novel SARS-CoV-2 Variants in Ontario, Canada. *medRxiv*. Published online July 12, 2021:2021.07.05.21260050. doi:10.1101/2021.07.05.21260050
 18. McAlister FA, Nabipoor M, Chu A, Lee DS, Saxinger L, Bakal JA. *Lessons from the COVID-19 Third Wave in Canada: The Impact of Variants of Concern and Shifting Demographics*. *Infectious Diseases (except HIV/AIDS)*; 2021. doi:10.1101/2021.08.27.21261857
 19. Madhi SA, Kwatra G, Myers JE, et al. South African Population Immunity and Severe Covid-19 with Omicron Variant. *Infectious Diseases(except HIV/AIDS)*; 2021. doi:10.1101/2021.12.20.21268096
 20. Wolter N, Jassat W, Walaza S, et al. Early Assessment of the Clinical Severity of the SARS-CoV-2 Omicron Variant in South Africa. *Infectious Diseases (except HIV/AIDS)*; 2021. doi:10.1101/2021.12.21.21268116
 21. WHO Collaborating Centre for Infectious Disease Modelling: Report 50: Hospitalisation risk for Omicron cases in England. Published online December 22, 2021. <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/mrc-gida/2021-12-22-COVID19-Report-50.pdf>
 22. Wang L, Berger NA, Kaelber DC, Davis PB, Volkow ND, Xu R. *Comparison of Outcomes from COVID Infection in Pediatric and Adult Patients before and after the Emergence of Omicron*. *Infectious Diseases (except HIV/AIDS)*; 2022. doi:10.1101/2021.12.30.21268495
 23. Muik A, Wallisch AK, Sängler B, et al. Neutralization of SARS-CoV-2 lineage B.1.1.7 pseudovirus by BNT162b2 vaccine-elicited human sera. *Science*. Published online 2021:eabg6105. <https://science.sciencemag.org/content/sci/early/2021/01/28/science.abg6105.full.pdf>
 24. Gallais F, Gantner P, Bruel T, et al. Anti-SARS-CoV-2 Antibodies Persist for up to 13 Months and Reduce Risk of

- Reinfection. *medRxiv*. Published online January 1, 2021:2021.05.07.21256823. doi:10.1101/2021.05.07.21256823
25. Wibmer CK, Ayres F, Hermanus T, *et al*. SARS-CoV-2 501Y.V2 escapes neutralization by South African COVID-19 donor plasma. *Nat Med*. Published online March 2021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33654292>
 26. Sabino EC, Buss LF, Carvalho MPS, *et al*. Resurgence of COVID-19 in Manaus, Brazil, despite high seroprevalence. *The Lancet*. 2021;397(10273):452-455. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673621001835>
 27. Public Health England (PHE). *SARS-CoV-2 Variants of Concern and Variants under Investigation in England. Technical Briefing 20*. Public Health England; 2021. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1009243/Technical_Briefing_20.pdf
 28. Planas D, Veyer D, Baidaliuk A, *et al*. *Reduced Sensitivity of Infectious SARS-CoV-2 Variant B.1.617.2 to Monoclonal Antibodies and Sera from Convalescent and Vaccinated Individuals*. *Microbiology*; 2021. doi:10.1101/2021.05.26.445838
 29. Public Health England (PHE). *SARS-CoV-2 Variants of Concern and Variants under Investigation..Technical Briefing 18.*; 2021. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1001358/Variants_of_Concern_VOC_Technical_Briefing_18.pdf
 30. Altarawneh H, Chemaitelly H, Tang P, *et al*. *Protection Afforded by Prior Infection against SARS-CoV-2 Reinfection with the Omicron Variant*. *Epidemiology*; 2022. doi:10.1101/2022.01.05.22268782
 31. Classification of Omicron (B.1.1.529): SARS-CoV-2 Variant of Concern. Accessed November 30, 2021. [https://www.who.int/news/ /26-11-2021-classification-of-omicron-\(b.1.1.529\)-sars-cov-2-variant-of-concern](https://www.who.int/news/ /26-11-2021-classification-of-omicron-(b.1.1.529)-sars-cov-2-variant-of-concern)
 32. Public Health England. SARS-CoV-2 lateral flow antigen tests: evaluation of VOC1 (Kent, UK) and VOC2 (South Africa). GOV.UK. Accessed June 21, 2021. <https://www.gov.uk/government/publications/sars-cov-2-lateral-flow-antigen-tests-evaluation-of-voc1-and-voc2/sars-cov-2-lateral-flow-antigen-tests-evaluation-of-voc1-kent-uk-and-voc2-south-africa>
 33. Bekliz M, Adea K, Essaidi-Laziosi M, *et al*. *Analytical Performance of Eleven SARS-CoV-2 Antigen-Detecting Rapid Tests for Delta Variant*. *Infectious Diseases (except HIV/AIDS)*; 2021. doi:10.1101/2021.10.06.21264535
 34. Molenkamp R, Igloi Z. Evaluation of Antigen rapid test and PCR test to Omicron variant.
 35. Goderski G HW, Stanoeva K MA. Technical evaluation of SARS-CoV-2 antigen self-tests with Omicron variant, Final Evaluation report.
 36. Adamson B, Sikka R, Wyllie AL, Premrsirur P. *Discordant SARS-CoV-2 PCR and Rapid Antigen Test Results When Infectious: A December 2021 Occupational Case Series*. *Infectious Diseases (except HIV/AIDS)*; 2022. doi:10.1101/2022.01.04.22268770