

Boletín Epidemiológico COVID 19.

LA PERCEPCIÓN DE LA GRAVEDAD DEL COVID, UN ERROR MATEMÁTICO?

El inusitado crecimiento de la Pandemia, en contraste con la ausencia de una Vacuna disponible en la actualidad o el desarrollo de un tratamiento médico real, nos enfrenta al enorme reto sobreviviente, de utilizar al tope, los servicios médicos en especial, los de alta complejidad, en el caso de las UCI, al cual muy seguramente, de continuar el comportamiento exponencial del virus, debemos dedicar ingentes esfuerzos humanos por parte de nuestro calificado personal pero también mucho esfuerzo económico, en una infraestructura y con un sistema de salud en riesgo y altamente vulnerable.

De una manera u otra, debemos reconocer que la magnitud del crecimiento y su propagación o tasa de aumento ha sido desestimado de manera general por la mayoría de las personas, incluso de quienes dicen conocer o tener comprensión del tema: *Muchas personas asumen que el coronavirus se propaga de manera lineal, pero sin control, es exponencial (Nigel Hawtin).*

Pero que significa esto? Hoy por hoy el tema no debe enfocarse en números absolutos. Quizá por ello es que así enfocado, puede caer bajo criterio de “una espiral fuera de control”.

Así las cosas, se ha sub-estimado enormemente la velocidad del aumento exponencial. En otras palabras, este simple error matemático podría estar costando vidas, lo que significa que la corrección del sesgo debería ser una prioridad a medida que las autoridades de salud intentan aplanar curvas y evitar la segunda ola de propagación de la pandemia como está ocurriendo en Europa y lo que probablemente ocurrirá en nuestro país a finales del mes de Noviembre.

Según diversos estudios epidemiológicos, sin intervención, el número de nuevos casos Covid-19 se duplica cada tres o cuatro días, razón por la cual tantos científicos aconsejaron bloqueos rápidos para evitar que la pandemia se descontrolara. Debemos entonces mantener en mente, que la Velocidad con que el Coronavirus se propaga, aumenta día a día de manera exponencial.

Un simple error matemático, puede explicar por qué muchas personas, incluidos algunos gobernantes y diseñadores de las políticas de salud en el mundo, subestiman los peligros del Coronavirus, anteponiendo intereses de toda índole e ignorando o no considerando importante el distanciamiento social, el uso del tapabocas y el lavado frecuente de manos.

Según la O.M.S. “si los gobiernos logran aplicar su sistema de búsqueda de contactos y concentrarse en el aislamiento de todos los casos y la cuarentena de los contactos”, será entonces posible evitar un confinamiento generalizado. Cabe recordar que la medida más importante en la lucha contra el virus, es el Distanciamiento Social. Es muy importante que mantengamos en alto, nuestra “antena” de percepción y la compartamos, en cuanto a propagación, la velocidad del crecimiento de la pandemia, etc.

La Academia, plantea que debemos establecer recomendaciones unificadas de manejo que brinde calidad de atención a las personas que lo requieran y sobre el manejo de pacientes infectados de una forma racional y práctica, así como la protección a los trabajadores de la salud, Sin embargo, dado el comportamiento “incierto” de la Pandemia y la cada día más creciente información, es plausible que se diseñen nuevos modelos matemáticos que permitan vislumbrar la evolución de esta y darnos luces en el día a día, de su manejo.



HIGIENE DE
MANOS

MPS--COLOMBIA

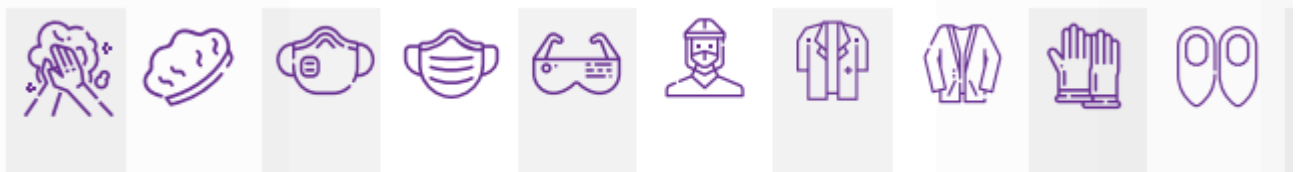
CONTENIDO

Pronóstico de los pacientes Hospitalizados por COVID 19	2-3.
Interpretando la incertidumbre por carga de enfermedad por COVID 19	4
Salud Oral. Manual de Bioseguridad.	5
Salud Oral Afronta la Pandemia: Manual de Bioseguridad	5
El niño como fuente de contagio del SAR COV2	
Investigación en COVID 19	6

PUNTOS DE INTERÉS ESPECIAL

Los datos de todas las Américas muestran que la mayoría de los casos se reportan en personas de entre 20 y 59 años, pero casi el 70% de las muertes se reportan en personas mayores de 60 años (OPS).

El 29 de Septiembre de 2020, se confirmaron en Bogotá 267.170 casos de SARS-Cov2 de los cuales 0,57% (n=1.535) corresponden a trabajadores del sector salud



MPS--COLOMBIA-ACIN-HOSPITALIZACIÓN

Pronóstico de los Pacientes Hospitalizados por COVID-19

Dentro del marco de la pandemia por la enfermedad por coronavirus (COVID) -19 es importante el reconocimiento rápido de los factores de riesgo para la progresión maligna puede determinar la mejor disposición del paciente, optimizando los recursos y mejorar el pronóstico de los pacientes. Es por ello que desde el Hospital el Tunal como parte de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur en combinación con el Hospital San José y la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud se ha venido llevando a cabo un proyecto de investigación centrado en la evaluación pronóstica del COVID-19 en la población de pacientes hospitalizados.

La metodología se basa en un estudio observacional analítico de cohorte retrospectivo multicéntrico. Se incluirán pacientes hospitalizados en el área de pisos bajo aislamiento respiratorio por la sospecha de COVID-19. El desenlace se trata de un punto final compuesto por la indicación de ingreso a la unidad de cuidados intensivos o la muerte. El presente reporte presentan los resultados preliminares del 20%, que incluye los primeros 96 pacientes positivos.

Hasta el momento se han recolectado 142 pacientes hospitalizados, 93 de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur y 49 del Hospital San José. Entre ellos, 96 pacientes fueron reportados como positivos; 26 (27.1%) pacientes presentaron el desenlace primario del estudio (muerte y/o necesidad de traslado a cuidados intensivos). La muerte se presentó en 7 (7.3%) pacientes y 22 (22.9%) pacientes ingresaron a cuidados intensivos.

MARCO SUSCEPTIBLE EXPUESTO INFECCIOSO ELIMINADO

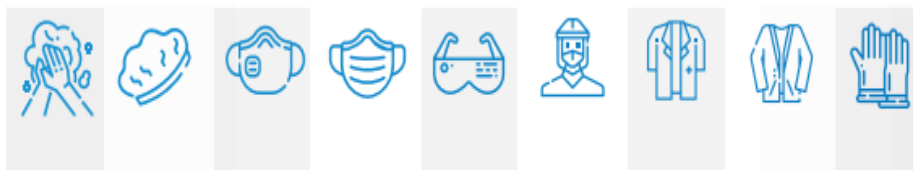
En la actualidad la modelación se hace bajo el marco "Susceptible-Expuesto-Infeccioso-Eliminado" (SEIR) con el tamaño total de la población N con dos clases adicionales (1) "D" que imita la percepción pública del riesgo con respecto al número de casos y muertes graves y críticos; y (2) "C" que representa el número de casos acumulados (ambos reportados y no reportados).

Estas simulaciones, en combinación con otros indicadores como los epidemiológicos, de atención médica y de vigilancia (capacidad en la búsqueda de casos y el rastreo de contactos), pueden usarse para informar a los responsables de la toma de decisiones de los países sobre el momento y el mecanismo más apropiados para levantar medidas actuales de salud pública y sociales (MSPS).

CARACTERÍSTICA	POBLACIÓN DEL ESTUDIO (N= 96)	SIN EL DESENLACE (N= 70)	CON INGRESO A UCI O MUERTE (N= 26)
Sexo , n (%)			
Mujeres	36 (37.5)	24 (34.3)	12 (46.2)
Hombres	60 (62.5)	46 (65.7)	14 (53.8)
Edad (años) , n (%)			
20-29	4 (4.2)	4 (5.7)	0
30-39	17 (17.7)	14 (20.0)	3 (11.5)
40-49	15 (15.6)	14 (20.0)	1 (3.8)
50-59	27 (28.1)	18 (25.7)	9 (34.6)
60-69	14 (14.6)	11 (15.7)	3 (11.5)
70-79	8 (8.3)	6 (8.6)	2 (7.7)
80-89	10 (10.4)	3 (4.3)	7 (26.9)
<=90	1 (1.0)	0	0
Promedio (DE)	54,8 (16,6)	51,4 (15,5)	63,7 (16,4)
Clasificación del peso, n (%)			
Normal	32 (33.3)	20 (28.6)	12 (46.2)
Sobrepeso	15 (15.6)	10 (14.3)	5 (19.2)
Obesidad	22 (22.9)	16 (22.9)	6 (23.1)
Desconocido	27 (28.1)	24 (34.3)	3 (11.5)
Empleado como Trabajador de la Salud, n (%)	3 (3.1)	3 (4.3)	0
Comorbilidades, n (%)			
Promedio (DE)	1.03 (2.23)	0.78 (1.12)	1.23 (1.21)
Al menos una	48 (50.0)	32 (45.7)	17 (65.4)
Hipertensión	27 (28.1)	19 (27.1)	8 (30.8)
Diabetes	19 (19.8)	14 (20.0)	5 (19.2)
Enfermedad Cardíaca crónica (excepto Hipertensión)	9 (9.4)	5 (7.1)	4 (15.4)
Enfermedad Renal Crónica	5 (5.2)	2 (7.7)	3 (11.5)
Tabaquismo	23 (24.0)	17 (24.3)	6 (8.6)
Enfermedad Pulmonar Crónica	19 (19.8)	13 (18.6)	6 (8.6)
Enfermedad Neurológica Crónica	8 (8.3)	3 (4.3)	5 (19.2)
Cáncer Activo	1 (1.0)	1 (1.4)	0
Infección por VIH	0	0	0
Cirrosis	0	0	0

Tabla 1. Características de los pacientes

John Sprockel Díaz. Médico internista, Msc. UCI. UMHES Tunal



Característica	Población del Estudio (n= 96)	Sin el desenlace (n= 70)	Con Ingreso a UCI o Muerte (n= 26)
Duración de la Enfermedad Antes del Ingreso a Cuidados intensivos (días), media (DE)	7.3 (4.5)	6.7 (4.0)	7.5 (4.7)
Síntomas Reportados, n (%)			
Disnea	69 (71.9)	50 (71.4)	19 (73.1)
Fiebre	73 (76.0)	52 (74.3)	21 (80.8)
Tos	88 (91.7)	66 (94.3)	22 (84.6)
Mialgias	36 (37.5)	28 (40.0)	8 (30.8)
Diarrea	21 (21.9)	16 (22.9)	5 (19.2)
Rinorrea	9 (9.4)	8 (11.4)	1 (3.8)
Dolor Torácico	10 (10.4)	9 (12.9)	1 (3.8)
Dolor de Garganta	24 (25.0)	19 (27.1)	5 (19.2)
Cefalea	14 (14.6)	10 (14.3)	4 (15.4)
Signos Vitales al Ingreso, promedio (DE)			
Temperatura (°C)	37.1 (1.1)	37.1 (1.1)	37.0 (1.1)
Frecuencia Cardíaca (latidos por minuto)	95.0 (17.3)	95.8 (17.7)	93.0 (16.4)
Frecuencia Respiratoria (respiraciones por minuto)	20.5 (3.3)	20.8 (3.3)	19.6 (3.0)
Tensión Arterial Sistólica (mmHg)	126.2 (24.1)	124.8 (24.1)	130.2 (24.1)
Saturación de Oxígeno (%)	86.1 (7.2)	86.8 (7.2)	80.5 (12.3)
Alteración del Estado Mental, n (%)	2 (2.1)	0	2 (7.7)
Presencia de Infiltrados en la radiografía de Tórax Inicial, n (%)	82 (85.4)	56 (80.0)	26 (100.0)

Tabla 2. Pruebas Diagnósticas

CARACTERÍSTICA	POBLACIÓN DEL ESTUDIO (N= 96)	SIN EL DESENLAJE (N= 70)	CON INGRESO A UCI O MUERTE (N= 26)
Recuento de globulos blancos ($\times 10^3$ cel por μ L), promedio (DE)	8.74 (4.16)	7.98 (3.62)	10.95 (4.68)
Recuento de Linfocitos ($\times 10^3$ cel por μ L), promedio (DE)	1.51 (2.45)	1.77 (2.83)	0.85 (0.42)
Linfocitos menores de $1,2 \times 10^3$ cel por μ L (n, %)	54 (56.3)	35 (50.0)	19 (73.1)
Recuento de Plaquetas ($\times 10^3$ cel por μ L), promedio (DE)	224.34 (90.98)	225.46 (97.76)	221.34 (71.15)
Lactato (mmol/L), promedio (DE)	1.8 (2.5)	1.8 (3.0)	1.8 (0.7)
Creatinina (mg/dL), promedio (DE)	1.1 (1.5)	1.1 (1.7)	1.0 (0.5)
Aspartato aminotransferasa (U/L), promedio (DE)	46.8 (24.1)	46.2 (24.7)	48.5 (23.2)
Alanina aminotransferasa (U/L), promedio (DE)	47.2 (29.9)	48.9 (32.1)	42.9 (23.2)
Tiempo de Coagulación prolongados más de 5 segundos (n, %)	11/57 (19.3)	8/37 (21.6)	3/20 (15.0)
Proteína C-reactiva de alta sensibilidad (mg/L), promedio (DE)	18.7 (21.3)	17.2 (20.2)	23.0 (24.0)
Ferritina (ng/mL), promedio (DE)	905.5 (674.7)	878.9 (740.5)	972.9 (474.9)
Dímero-D (μ g/mL), promedio (DE)	2.4 (5.7)	1.5 (3.9)	4.4 (8.2)
Lactato deshidrogenasa (U/L), promedio (DE)	625.3 (290.5)	566.3 (265.2)	779.8 (302.0)
Troponin I cardíaca de alta sensibilidad positiva (n, %)	15/75 (20.0%)	7/51 (13.7)	8/24 (33.3)

En la tabla 2 se muestra el comportamiento de los laboratorios mostrando de forma preliminar que la linfopenia, la elevación del lactato deshidrogenasa, la ferritina, la proteína C reactiva y la troponina son más frecuentes en los pacientes con el desenlace.

Los resultados presentados muestran apenas una tendencia de comportamiento dado que aún no alcanza un número suficiente para que se alcance el poder suficiente para llevar a cabo el análisis de los factores pronósticos. Se espera que con esta información se logre ayudar a la toma de decisiones que repercuta en la mejoría de la calidad de la atención de los pacientes.

INTERPRETANDO LA INCERTIDUMBRE EN CARGA DE ENFERMEDAD POR COVID 19

Se realiza revisión narrativa y extracción de fuentes secundarias (GBD. 2017)⁵ de información Colombia sobre esperanza de vida saludable (HALE) y esperanza de vida (en años), muerte y años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) por 100.000 relacionados con enfermedades no transmisibles, en particular enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica, cardiopatía hipertensiva y accidente cerebrovascular) (GBD 2017). Se aplicó el coeficiente de correlación de Rangos de Spearman (corrección de Bonferroni) para explorar la asociación de casos y muertes de COVID-19 a corte 28 de mayo 2020 en Colombia.

En la actualidad se plantea que la carga de enfermedad por COVID-19, va mucho más allá de enfermedad contagiosa. Afecta a todo el sistema de salud a través de su impacto directo como enfermedad transmisible por su capacidad para alterar la mortalidad general y la carga adicional sobre las enfermedades no transmisibles⁴.

Se avanza en la construcción del conocimiento sobre el COVID-19 y su asociación con enfermedades no transmisibles en múltiples niveles, lo que resultará en efectos potencialmente inesperados en los resultados de salud⁴. El COVID-19 se asocia con enfermedades cardiovasculares, como lesión cardíaca aguda (por ejemplo, miocarditis), accidente cerebrovascular y exacerbación de patología vascular subclínica^{2, 3}. Por otro lado,

“debido al envejecimiento de la población mundial, muchas personas padecen múltiples afecciones médicas crónicas que pueden afectar negativamente el resultado de la infección por COVID-19”⁴.

Bajo el fundamento de priorizar en Salud Pública la necesidad de recopilación de datos globales, precisos y completos sobre COVID-19, junto con otras causas importantes de carga de morbilidad¹, se revisa el estado actual de la evidencia en la asociación pandemia de COVID-19 con la carga de enfermedades no transmisibles y el envejecimiento de la población en el mundo y de manera particular y exploratoria en Colombia.

Tabla 1. Años de vida ajustados por discapacidad

Causa	DALYs			MUERTES		
	Número (miles) Media (95% UI)	Media %	Tasa media (95% UI)	Número (miles) Media (95% UI)	Media %	Tasa Media (95% UI)
Todas las causas	10977 (9601.53-12422.95)	1.00	21692(8973-2454)	234.22 (214.78-255.10)	1.00	462.82 (424.42-504.09)
Enfermedades no transmisibles	7596.5(6481.21-8825.90)	0.69	15011.10 (12807.17-17440.38)	181.87 (167.11-198.65)	0.78	359.38 (330.21-392.53)
Enfermedades cardiovasculares	1299.53 (1184.18 - 1414.04)	0.12	2567.94 (2340.00-2794.20)	68.02 (62.29-74.10)	0.29	134.42 (123.09-146.42)
Enf. Isquémica del corazón	666.99 (603.16-730.71)	0.06	1318.00 (1191.87-1443.92)	39.05 (35.51-42.60)	0.17	77.16 (70.16-84.17)
Accidente cerebrovascular (ACV)	318.51 (285.61-351.18)	0.03	629.40 (564.38-693.96)	15.68 (14.03-17.40)	0.07	30.98 (27.72-34.38)
ACV isquémico	92.09 (81.00-102.80)	0.01	181.97 (160.06-203.14)	5.26 (4.69-5.88)	0.02	10.40 (9.27-11.62)
Enf. Cardíaca hipertensiva	81.23 (67.87-130.66)	0.01	160.52 (134.11-258.20)	4.90 (4.12-8.29)	0.02	9.69 (8.13-16.38)

En el entorno regional de América Latina y el Caribe, constituido por una alta proporción de países de medianos recursos, se evidencia la ejecución de 2216.54 (IC: 95%. 2212.37–2220.72) Test COVI 19, representando 1276.58 (IC 95%: 1273.67–1279.48) casos por millón y un número de Muertes por millón de 75.42 (IC 95%: 74.71–76.12). La región⁵, presentó la proporción más alta de casos confirmados por pruebas realizadas (18,98%), seguida de la región de África del Norte y Medio Oriente (7,2%)¹.

A nivel de Colombia se notificó el inicio de la enfermedad el 7 Marzo 2020 y el Reporte de Fallecimientos desde el 22 Marzo 2020. A corte del 28 de mayo del 2020, se estima 473.7 casos por millón de COVID 19 y 15.8 fallecimientos. El reporte de total de pruebas por 1000 es de 5,1 con una proporción de 0,2% casos confirmados por pruebas realizadas¹.

Se ha estimado para el 2020 la población en Colombia de 50.882.884 habitantes, con una esperanza de vida de 80.11años (UI: 79.04- 81.14) y una esperanza de vida saludable (HALE) (número de años de vida total que una persona de una edad determinada puede esperar vivir con buena salud, teniendo en cuenta la mortalidad y la discapacidad) de 70.4 años (UI: 67.5 to 72.95). En contraste la región de América Latina y el Caribe en forma Global, evidencia un patrón diferente con una esperanza de vida de 75.86 (UI: 75.56 to 76.15) y en condiciones saludables (HALE) de 66.21 (UI: 63.44 to 68.57)¹.

En el país de acuerdo al estudio de Carga Global (2017), las enfermedades no transmisibles constituyeron el 73%(muertes) y el 62%(DALYs). Entre estas, las enfermedades cardiovasculares constituyeron el 32%(muertes) y el 15%(DALYs). El total de AVAD fue de 1299.53 (UI 95%: 1184.18-1414.04) con una tasa promedio de 2567.94 (2340.00 to 2794.20) y una media porcentual de 0.12 (Tabla 1).

En un ejercicio exploratorio en el contexto de Colombia, se estimó la correlación entre Casos COVID 19 y enfermedades no transmisibles, evidenciándose Expectativa de Vida ($r = 0.37, p < 0.17$), HALE ($r = 0.45, p < 0.009$), DALYs de enfermedades no transmisibles ($r = 0.38, p < 0.15$) y enfermedad isquémica del corazón ($r = 0.59, p = 0.01$) y Event⁴ cerebro vascular($r = 0.31, p = 0.25$).

SALUD ORAL AFRONTA LA PANDEMIA DEL COVID 19: MANUAL DE BIOSEGURIDAD

En el ambiente profesional de la odontología, se sugiere que la transmisión ocurre de manera similar a otros virus respiratorios, debido a la cercanía menor a 1 metro entre el profesional y el paciente, y por la inhalación de aerosoles producidos durante el trabajo con elementos impulsados por aire (pieza de mano, micro motores o equipos sónicos o ultrasónicos).

El periodo de incubación se ha reportado entre 1 y 14 días y aquellos individuos que no desarrollan síntomas (asintomáticos) o presentan sintomatología muy leve, dispersan también el virus, incluyendo niños desde 1.5 años hasta los 17 años. Los signos y síntomas clínicos de esta enfermedad pueden ser leves a moderados, a veces inespecíficos, y son semejantes a los de otras infecciones respiratorias agudas (IRA) e incluyen I) fiebre de difícil control, mayor a 38 °C que puede presentarse por más de 3 días, II) tos, III) dificultad para respirar, IV) fatiga, V) secreciones nasales y VI) malestar general y algunos pacientes pueden pasar de dificultad respiratoria a desencadenar neumonía y hasta la muerte.

Por ser un evento recientemente identificado, no se cuenta con tratamiento preventivo (vacunas) y el manejo se centra en el control de síntomas que acorde con la severidad pueden requerir de soporte ventilatorio debido a las afectaciones respiratorias.

Dentro de los profesionales de la salud, los odontólogos están dentro del grupo de alto riesgo en la pirámide de riesgo ocupacional por la infección de COVID-19 (6), al igual que las auxiliares de salud oral que participan de la atención, debido al contacto estrecho que tienen con los pacientes, por lo cual deben extremar de forma permanente sus cuidados en los procesos de bioseguridad. (2).

MARÍA MAGDALENA RAMÍREZ ET AL.

"El paciente deberá hacer enjuague bucal de 2cc de yodopovidona en medio vaso de agua, en caso de alergia con agua

EL NIÑO COMO FUENTE DE CONTAGIO DEL SARS CoV-2.

Siendo el niño transmisor de virus respiratorios, se creyó que sería igual con el SARS CoV-2 (1), pero quedan inquietudes por resolver (2).

El niño es tan susceptible al virus como los adultos (3), presentando cargas virales cultivables similares a otros grupos de edad, pudiendo ser infecciosas tanto en neonatos (4) como en niños presintomáticos o con síntomas leves, en el 29% y 37,3% de 0-6 y 0-19 años, respectivamente (5), llegando al 52% en los sintomáticos (4).

En los niños una clínica más leve y la ausencia o debilidad de la tos serían factores que disminuirían su capacidad de transmisión. El niño como caso índice intrafamiliar ha sido descrito en pocos casos, especialmente en los primeros años de vida, sugiriendo una menor capacidad de transmisión (6), pudiendo ser responsables del 5-10% de los contagios secundarios (7), aunque la evidencia actual es limitada (8). Pocas son las instituciones educativas involucradas en brotes de Covid-19, estando relacionados más con eventos sociales vinculados con la actividad educativa que a transmisión dentro de

Estudios en Irlanda, Islandia, Italia y Australia han mostrado el bajo riesgo de transmisión en las escuelas entre los alumnos o al personal (1). Cuando la transmisión comunitaria es baja, la apertura de las escuelas no aumento la transmisión. Seis meses después de la pandemia, los niños no han mostrado ser un factor significativo en su propagación (10). Pero situaciones circunstanciales como la transmisión dentro del hogar por un adulto infectado o el cierre de los colegios, podrían hacer parecer que los niños son menos infecciosos que los adultos (5), por lo que se recomienda seguir vigilando la dinámica del niño en la diseminación de la enfermedad, especialmente durante los rebrotes posteriores (10), ya que muchos de los niños afectados son asintomáticos (11) y aún faltan datos que orienten en la toma de decisiones (12).

JUAN.J LÓPEZ. FABIO
LANCHEROS

Referencias citadas: Acceso: <http://www.subredsur.gov.co/gestion-del-conocimiento/>

El 32,4 %de los casos reportados en Colombia de Covid-19 (n=824.042), se encuentran en Bogotá D.C.

En Colombia van 25.828 fallecimientos por COVID 19. en un entorno de 62-307 casos activos.

Bogotá: 53.745 casos recuperados de Covid-19 (96,3%).

Proporción de Fallecimiento 1,98% (n=1108)

Número de reproducción efectivo (RTP)

Personas a ser infectadas por un caso positivo (V=14 días).

Usme: 0,91

Tunjuelito: 0,915

Ciudad Bolívar: 0,915

SUBRED SUR ANTE COVID 19

En nuestra población de Referencia Subred Sur, Bogotá, requiere la estimación de la asociación entre la pandemia de COVID-19 con la carga de enfermedades no transmisibles y el envejecimiento de la población teniendo en cuenta el perfil de envejecimiento de tipo regresivo e identificado como Índice de Cronicidad, la Hipertensión Arterial esencial a "partir del cruce de información de la base de RIPS y el programa Territorios Saludables desde el 2015, en una población de 21595 usuarios con una proporción del 37,4%

GERENTE SUBRED SUR

**Dr. Luis Fernando Pineda
Ávila**

COORDINACIÓN EDITORIAL

Reyes Murillo Higuera.
Subgerencia de Prestación de
Servicios.

Nicolás Escobar.
Jefe Oficina Gestión del co-
nocimiento.
Martín Jaimes. eferente CO-
VID 19.

GRUPO APOYO COVID 19

Linda León
Camila Hernández
Adriana Rodríguez Lugo
Cristina Marín Monroy
Laura García
Fabio Lancho
Jorge Enrique Rodríguez
Riveros

CORRECCIÓN ESTILO

José E. Páez

APOYO METODOLÓGICO

Néstor Suárez

URL

<http://www.subredsur.gov.co/gestion-del-conocimiento/>

AGENDA DE INVESTIGACIÓN EN COVID 19

Modelo Determinación de Sospechosos COVID19: De manera preliminar se plantea la relación de casos en condición de sospechoso y condición de positivo, empleando la herramienta media móvil, que es una técnica de predicción o pronóstico que simplifica el análisis de tendencias.

Factores relacionados con desenlaces clínicos adversos en pacientes hospitalizados por COVID-19 (Registro-138). De la correcta identificación de los casos probables o con marcadores de severidad, se puede derivar la implementación temprana de medidas terapéuticas como son antivirales, antimicrobianos, corticoides o anticoagulantes. La inteligencia artificial puede llegar a generar modelos predictivos, diagnósticos y pronósticos para el COVID-19.

Características epidemiológicas y clínicas de pacientes infectados por SARS-CoV-2 / COVID 19 en población pediátrica Colombiana: un estudio metacéntrico(REGISTRO-136). Describir las características demográficas, epidemiológicas, espectro clínico y desenlaces en los pacientes menores de 18 años, hospitalizados con diagnóstico confirmado de COVID-19

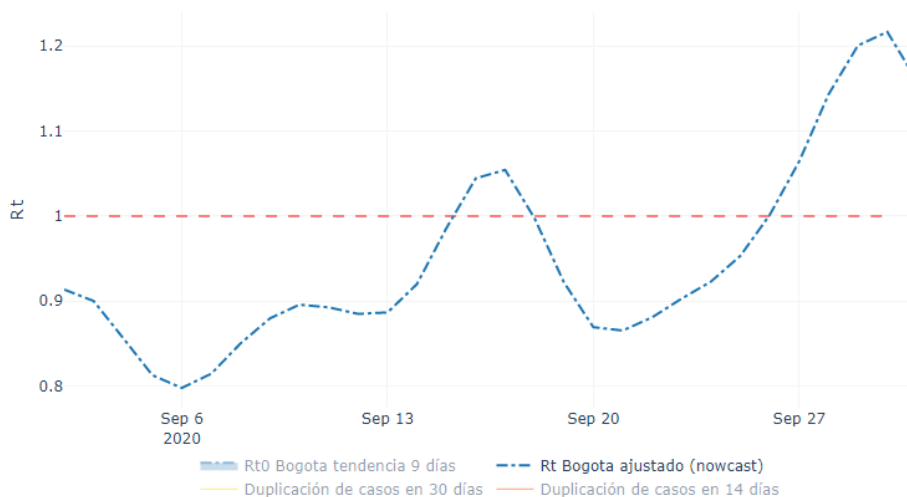
Cardio toxicidad del Lopinavir / retonavir en adultos hospitalizados por SARS COVI severo. Reportar la prevalencia de cardiotoxicidad por Lopinavir – Ritonavir en adultos hospitalizados con COVID-19 severo en el hospital del Tunal en Bogotá durante los meses de marzo a mayo de 2020.

Registro Institucional de pacientes en condiciones de exposición y padecimiento al SARS-CoV-2. Estrategia de cohortización poblacional bajo el enfoque de Gestión del Riesgo

Proyecto Rescate Respuesta de Conocimiento para la Atenuación de la Epidemia por COVID- 19 Desarrollar, como contribución a la mitigación del impacto de la pandemia, una plataforma dinámica de información asistencial que se adapte a la evaluación e incorporación de la evidencia emergente y al seguimiento a la distribución, gestión del riesgo y resultados clínicos en los casos sospechosos y en el recurso humano en salud a su cargo, para el mejoramiento continuo de la respuesta de una red colaborativa de instituciones de salud y centros de investigación colombianos.

Traqueostomía percutánea en COVID 19. Caracterización de desenlaces.

Rendimiento Diagnóstico DIMERO D en Gestante en condiciones de COVID 19.



El número básico de reproducción temporal de una epidemia viral R_t (número promedio de personas que contagia una persona infectada promedio en el lapso de tiempo que permaneció infecciosa). En el Período de Septiembre del 2020, el R_t es mayor a 1, evidenciando que la epidemia crece en número de infectados.

Fuente: <https://sites.google.com/view/rtcolombia/>

MPS-COLOMBIA-ACIN- CONSULTA EXTERNA

