



# Boletín Epidemiológico COVID 19.

## LA CALIDAD DEL DATO UN REQUERIMIENTO EN TIEMPOS PANDEMIA

Se ha planteado previamente la importancia del empleo de conceptos epidemiológicos y los diferentes alcances de su aplicación en el entorno de pandemia, pero se requiere precisar los supuestos y aplicabilidad en circunstancias específicas: brote, rebrote, pandemia. En la aproximación queremos destacar varios aspectos que diferencian el indicador epidemiológico poblacional con el indicador de Capacidad del Sistema Sanitario.

Con relación a los indicadores epidemiológicos se tendrá en cuenta aspectos como prevalencia, que es la cuantificación de una proporción de individuos de una población "que padecen una enfermedad en un momento o periodo de tiempo determinado", las tasas de mortalidad específica por COVID deben precisar el número de referencia poblacional, 1.000 o 10.000 o mayor. La medición de letalidad se debe hacer en términos de su disposición para producir la muerte. En la evaluación de la detección temprana se requiere tener en cuenta el porcentaje de casos nuevos que no son contacto de casos confirmados conocidos. Cuando se trata de estimar la evaluación del aislamiento precoz de los casos confirmados, los tiempos requeridos son: entre la fecha de inicio de síntomas y fecha de aislamiento y el tiempo entre la fecha de primera consulta y la fecha de aislamiento. En la evaluación del control de los contactos de los casos confirmados precisar tanto los contactos estrechos identificados por caso como los contactos estrechos que desarrollan síntomas durante el seguimiento y son confirmados.

A nivel de Indicadores de capacidad del sistema sanitario, la ocupación UCI COVID-19 debe ser contrastada con no COVID-19 y en el caso de ocupación de camas de agudos COVID-19 con camas COVID19. Se estimarán proporciones de uso en cuanto material en stock, respiradores de reserva, capacidad diagnóstica de los laboratorios y centros no sanitarios en disposición de "medicalizar". El soporte de fuentes primarias son los registros epidemiológicos específicos.

Las fuentes a nivel de inteligencia artificial requieren supuestos no limitados a la normalidad, homocedasticidad y varianza, son de alcance de movilidad, haciendo relación a desplazamiento interior, por semana epidemiológica; movilidad exterior por semana de referencia; tipología de movimientos largo o corto recorrido por tipo de transporte y zona geográfica; utilización de transporte público por conglomerados poblacionales (localidades) y tipología de transporte.

A nivel de la Subred en el momento con el equipo COVID 19 desde Gestión del Conocimiento, se inició el proceso de crítica de información para estimar la calidad del dato frente a los registros incompletos, ficticios, faltantes y de completitud aceptable, para precisar los indicadores de calidad del proceso.

En el área de fortalecimiento de indicadores de capacidad del sistema sanitario se inicio un estudio con el objetivo de apoyar el proceso de toma de decisiones para el tratamiento de pacientes en condiciones de exposición y padecimiento al SARS COV 2 en una ESE referente COVID 19, de la ciudad de Bogotá, a través de la evaluación económica de las intervenciones sanitarias específicas. Adicionalmente, con el apoyo de los profesionales en formación se ha generado el análisis exploratorio de datos a partir de las diferentes fuentes COVID 19, para estimar de manera progresiva: preparación de los datos para hacerlos accesibles a cualquier técnica estadística; examen gráfico de la naturaleza de las variables individuales a analizar y un análisis descriptivo numérico que permita cuantificar algunos aspectos gráficos de los datos; realización del examen gráfico de las relaciones entre las variables analizadas y un análisis descriptivo numérico que cuantifique el grado de interrelación existente entre ellas; evaluar, si fuera necesario, algunos supuestos básicos subyacentes a muchas técnicas estadísticas como, por ejemplo, la normalidad, linealidad y homocedasticidad. Identificar los posibles casos atípicos (outliers) y evaluar el impacto potencial que puedan ejercer en análisis estadísticos posteriores y evaluar, si fuera necesario, el impacto potencial que pueden tener los datos ausentes (missing) sobre la representatividad de los datos analizados.

Nuestra invitación es a participar en el diligenciamiento del dato y registro bajo buenas prácticas de completitud y optimizar la calidad del registro.

### HIGIENE DE MANOS MPS - COLOMBIA

#### CONTENIDO

Características clínicas y epidemiológicas COVID 19: desenlaces traqueostomía percutánea.....2 - 3

Consenso recomendaciones ingreso egreso UCI ..... 4

Salud oral afronta la pandemia: Manual de Bioseguridad ..... 5

Manifestaciones cardio vasculares SARS COV2 en Pediatría .....5

Investigación en COVID 19 ..... 6

#### PUNTOS DE INTERÉS ESPECIAL

Se ha estimado que el 29,3% de los casos reportados en Colombia COVID 19, se localizan en Bogotá=598.993. SALUD DATA.26/1/2021.

El 24 de enero del 2020, se confirmaron en Bogotá 591.719 casos de SARS-Cov2 de los cuales 3,97% (n= 17.431) corresponden a trabajadores del sector salud.



MPS-COLOMBIA-ACIN-HOSPITALIZACIÓN

# CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE USUARIOS CON SARS-COV-2: CASO DESENLACES TIPO COMPLICACIONES INMEDIATAS EN TRAQUEOSTOMÍA

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La intubación prolongada y persistencia de soportes ventilatorios, obliga a la búsqueda de opciones para mantener una vía aérea que disminuyan sus efectos colaterales; es por ello, que el procedimiento de la *traqueostomía* se convierte en el método de elección en este tipo de pacientes en aras de reducir el tiempo de la VMI y la estancia en UCI.

## FUNDAMENTO TEÓRICO

Aún no existe un momento previsto para la depuración viral, y los pacientes críticos pueden tener pruebas positivas significativamente más largas, con una duración de al menos 2-3 semanas. (Schultz,2020) Es por esto que se debe definir la realización de una traqueostomía a un paciente como una decisión en conjunto, a discreción del equipo de la UCI y los cirujanos, teniendo en cuenta la Política Institucional. (Alyaghchi,2020) Para pacientes COVID-19 positivos, se debe establecer cuidadosamente por un grupo multidisciplinario la necesidad de traqueostomía. (Goldman,2020).

## OBJETIVOS

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Describir los desenlaces que genera la realización de una traqueostomía percutánea. Caracterización clínica y epidemiológica de los pacientes con neumonía por los SARS-CoV-2, sometidos a traqueostomía; identificar los desenlaces tempranos y tardíos; describir el estado actual de la evidencia en traqueostomía

## METODOLOGÍA

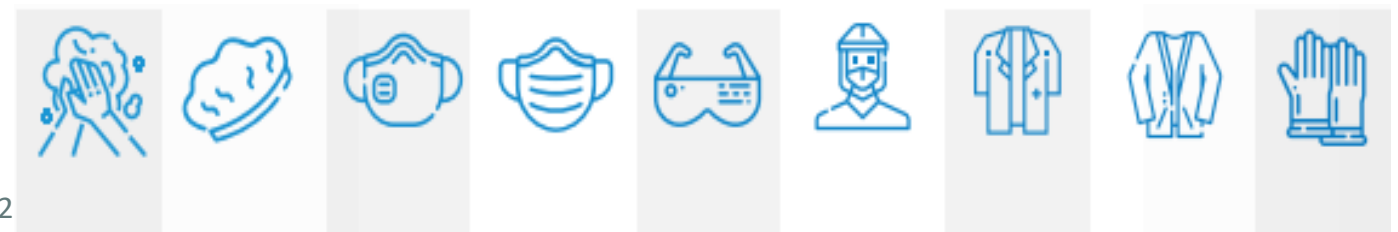
Diseño: estudio descriptivo, transversal y retrospectivo basado en una serie corta de casos. Con una base de datos de 51 pacientes, teniendo en cuenta el número de observaciones con desenlace final, menor de 30 (n= 33 y 18) de los cuales 25 cumplieron con el avance de completitud. Se procede a hacer análisis exploratorio de datos, y posteriormente análisis univariado y bivariado. Se realizan pruebas de normalidad para las variables cuantitativas, continua y al tener evidencia de no distribución normal, se evalúa la igualdad de varianzas, que al ser significativa estadísticamente, se emplea la prueba no paramétrica Mann-Whitney-Wilcoxon. Las variables continuas se presentan como mediana y rango intercuartil (RIC), las variables categóricas se expresan como número de casos y sus porcentajes. Dado el número limitado de casos no se han realizado análisis multivariados para las comparaciones. Se establece como regla de significancia  $p < 0.05$ . El análisis se realizó mediante STATA®.

## RESULTADOS

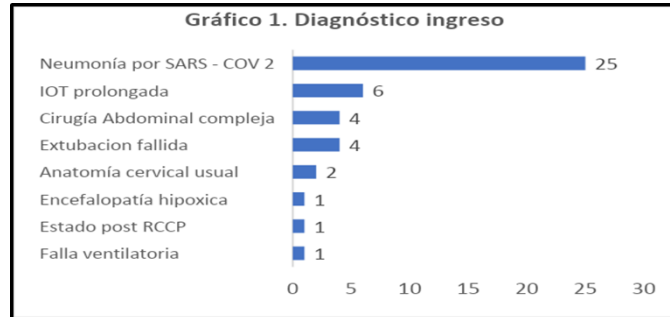
Desde marzo hasta agosto de 2020 se llevó a cabo la recolección de 25 pacientes con prueba RT-PCR COVID-19 positiva de las muestras total de 51, en la UCI del UMHS Tunal de la ciudad de Bogotá; de los cuales son mujeres (n: 8 que equivale al 32%) y hombres (n: 17 con porcentaje 68%) en rango de edad entre 18 - 85 años. La edad promedio de los usuarios que ingresan con COVID 19, sin sintomatología respiratoria es de 63,6 años (DE: 9, 5), en contraste con el grupo con sintomatología respiratoria donde la edad promedio es de 55,68 años (DE: 19, 21), con requerimiento de intubación prolongada con COVID-19 y realización de traqueostomía. Se excluyeron pacientes menores de 18 años.

Tabla 1. Características de la población fuente

VARIABLE	GRUPO 1. SOBREVIVIENTES (N=33)	GRUPO 2 FALLECIDOS(N=18)	p
<b>DEMOGRAFICOS</b>			
Género masculino código 1	22(66,67%)	10(55,56%)	0.44
<b>GRAVEDAD</b>			
CURB 65 menor 2	11(73,3%)	17(68%)	0.52
CURB 65 mayor 2	4(26,67%)	8(32%)	0.47
PSI. Rango 0-50	3(20%)	3(12%)	0.46
PSI. Rango 51-70	5(33%)	10(49%)	0.46
PSI. Rango 71-90	4(62%)	6(24%)	0.46
PSI. Rango 91-130	3(20%)	6(24%)	0.46
NEW SCORE leve	1(3,85%)	1(6,67%)	0.51
NEW SCORE Moderado	5(19,23)	2(13,33)	0.51
NEW SCORE Severo	20(76,92)	12(80%)	0.51
<b>COMORBILIDADES</b>			
Hipertensión	6 (33,33)	10(30,30)	0.48
Diabetes	7(38,89)	8(24,24)	0.42
Obesidad	8(44,44)	11(33,33)	0.44



La indicación principal de intubación orotraqueal fue SDRA (n=20) e hipoxia (n=5). El diagnóstico de ingreso principal del estudio fue neumonía por SARS COV 2.

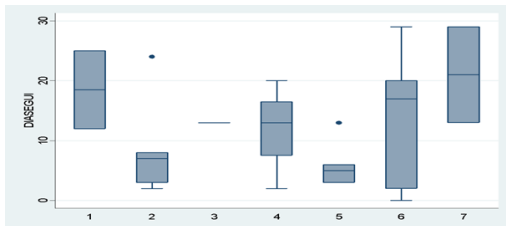


Fuente: elaboración propia

Este estudio nos muestra que los 25 pacientes que cumplieron con criterios de inclusión apropiados y afectados por COVID-19; al realizarles la traqueostomía a pesar de sus múltiples comorbilidades mostraron mejoría clínica con el procedimiento quirúrgico y mejor desenlace del evento.

Los resultados parecen respaldar los beneficios de la colocación de una traqueostomía ya que disminuye el requerimiento de ventilación mecánica y la duración de estancia hospitalaria en la UCI, siendo más corta.

La utilización de la traqueostomía nos puede optimizar las estancias hospitalarias y la disminución de la utilización de las camas en UCI, evidenciados en otros estudios durante esta pandemia.



Al considerar que la media geométrica representa el cambio promedio con el tiempo, la suspensión de ventilación mecánica (días a liberación de ventilador) en la muestra analizada tuvo media geométrica promedio 3.717432 días (IC 95% 1.851251 -7.464844) (p=0,64).

Fuente: elaboración propia

En 23 pacientes a quienes se les realizó proceso de extubación presentaron condición fallida en el 66,67% ( n= 10 ) del total de los pacientes con extubación fallida con un 52,17% (n=12) (p= 0,29). El promedio de días de extubación fallida en los pacientes que finalmente fueron sometidos a traqueostomía fue de 3.858398 (IC 95%; 2.418225 -6.156265), (p=09,90), siendo el 16% (n=4) pacientes mayores de 60 años en estas condiciones (p=0,56). La mediana de días desde la intubación hasta la realización de la traqueostomía fue de 19 días (11-30). La duración del procedimiento tuvo una media de 30.84 minutos (IC 95%: 26.15979 -35.5202 ) en el estudio la edad no representó un factor de riesgo.

Se estimó el número de días en aquellos pacientes que presentaron extubación fallida en relación al procedimiento de traqueostomía con un promedio de 4,8 días (DE: 3,15) en relación a paciente que tuvieron éxito en el procedimiento la relación entre días transcurridos entre la IOT a la traqueostomía fue de un promedio de 23 días (DE; 3,9) y un rango de tiempo entre 15 a 30 días.

## DISCUSIÓN

En la búsqueda de opciones que disminuyan los efectos colaterales de la intubación prolongada se determinó la traqueostomía percutánea como procedimiento clínico en pacientes con sospecha de infección por SARS COV 2 con sintomatología y con requerimiento de ventilación mecánica invasiva, los parámetros ventilatorios se tuvieron en cuenta presión PEEP y FIO2 en rangos bajos para garantizar ventilaciones espontáneas con adecuadas saturaciones; después de realizar el procedimiento se obtuvo un promedio de 10,5 PEEP manteniendo el valor de referencia según la literatura; A nivel de género masculino se evidenció como principal comorbilidad asociada la hipertensión arterial y una puntuación menor de 2 en el score CURB 65 y requerimiento de pronación prolongada. Como complicaciones por traqueostomía se reporta traqueítis. Se requiere monitorizar como desenlace secundario la estenosis subglótica mediante nasofibrolaringoscopia.

# CONSENSO DE RECOMENDACIONES SOBRE CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES ADULTOS A LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO E INTERMEDIO BOGOTÁ

Se ha evidenciado que pacientes con diagnóstico de COVID-19 con criterios de cuidado intermedio se ubican en servicios de cuidado intensivo, además de otras dificultades; lo cual se convierte en una oportunidad de mejora en los procesos de eficiencia en el uso y distribución del recurso. Por estas razones y considerando la necesidad de unificar procesos a la hora de establecer los criterios de ingreso y egreso para UCI y UCIM, la Secretaría Distrital de Salud de la ciudad de Bogotá y el Instituto de Investigaciones Clínicas de la Universidad Nacional de Colombia, han desarrollado un documento científico como propuesta de consenso sobre las recomendaciones que servirán como guía para las IPS en la asignación de sus camas de UCI y UCIM.

## RESUMEN

**Introducción:** los servicios de cuidado intensivo e intermedio son vitales para atención hospitalaria del paciente críticamente, especialmente en situaciones de emergencia. Tener acuerdos sobre los criterios de ingreso y egreso a estos servicios optimiza los recursos en salud.

**Objetivo:** el objetivo de este proyecto fue llevar a cabo un consenso sobre criterios de ingreso y egreso en pacientes adultos a la

Unidad de Cuidado Intensivo e Intermedio de Bogotá.

**Materiales y métodos:** se realizó búsqueda y revisión sistemática de la literatura a partir de 2009. Se seleccionaron 7 guías de práctica clínica y se calificó la calidad con el instrumento AGREE II de forma pareada. Utilizando la metodología Delphi y el consenso de expertos, se adaptaron recomendaciones al medio local.

**Resultados:** se emitieron recomendaciones generales y específicas para el ingreso y egreso a cuidado intensivo e intermedio, adaptadas al contexto de la ciudad de Bogotá en proceso de acuerdo intersectorial.

**Conclusiones:** la estandarización y el acuerdo de los diferentes integrantes del sistema sobre los criterios de ingreso y egreso de las Unidades de Cuidado Intensivo e Intermedio es un proceso útil, especialmente cuando estas recomendaciones se ajustan al contexto en el que van a ser aplicadas.

## INTRODUCCIÓN

El cuidado intensivo es definido como una serie de intervenciones que incluye un equipo multidisciplinario para la toma de decisiones, tecnologías de monitoreo fisiológico y estrategias terapéuticas complejas que permiten brindar una atención integral al paciente en estado crítico (1). Esta definición no implica únicamente la especialidad médica, sino una forma de cuidado para el paciente en la que participan profesionales de enfermería, terapia respiratoria, fisioterapia, microbiología y trabajo social entre otros (2). Tradicionalmente los pacientes que requieren de este tipo de atención son manejados en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI), sin embargo, con el cambio en la demografía y los perfiles de enfermedad poblacionales, la disponibilidad ha empezado a verse limitada, lo que a su vez ha dado entrada a las Unidades de Cuidados Intermedio (UCIM), lugares donde pacientes de menor complejidad, pero con requerimientos frecuentes de monitoreo y asistencia, pueden tener su proceso terapéutico adecuado. Estos lugares son cada vez más frecuentes y han aumentado mucho su disponibilidad en los últimos 20 años (3).

Situaciones poblacionales específicas como el aumento en la sobrevivencia global, los cambios de los perfiles demográficos en territorios, el aumento de enfermedades crónicas, la disminución progresiva de la disponibilidad de camas y el aumento en los costos, han creado una presión adicional sobre la ocupación de las camas en UCI (4). Por otro lado, es relevante considerar que la decisión de autorizar el ingreso o el egreso de un paciente a la UCI o la UCIM, representa un momento de alto impacto sobre la familia de los pacientes, el sistema de salud y la institución misma (4). Razón por la cual, entes gubernamentales de varios países han propuesto protocolos sobre criterios para el ingreso y el egreso de pacientes a las unidades como parte de los requisitos de funcionamiento (5). Este tipo de recursos no solo son escasos, sino que representan un escenario especial en el manejo hospitalario y hacen parte del alto costo en la atención médica de todos los sistemas sanitarios del mundo, lo que puede representar porcentajes considerables de la inversión en salud de países como Colombia y EE.UU (6).

Fuente: Jorge Eliecer Parra, et al. 2020

En el contexto de la pandemia por COVID-19 declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y considerando la importancia de la optimización de este valioso recurso dentro del proceso de atención en salud, la Dirección de Calidad de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá ha llevado a cabo un acompañamiento a todas las Instituciones Prestadoras de Salud distritales (IPS) (7).

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

## Preparaciones y cuidados locativos en los servicios de odontología y de radiología odontológica.

- En caso de tener unidades odontológicas sin separaciones, implemente barreras fijas de piso a techo (dejando ambientes independientes), que permitan el control de la dispersión de aerosoles y el distanciamiento suficiente para la movilidad del equipo de atención y de los pacientes y la disposición de los equipos requeridos (mínimo dos metros de separación).
- De no ser posible la instalación de barreras, inhabilite el uso de algunas unidades o intercale su uso organizando los horarios de forma que no se trabaje en ellas de forma simultánea. (cada odontólogo dispone de dos unidades para que haga la atención, al momento de terminar el procedimiento se desplaza a la siguiente unidad mientras la auxiliar limpia, desinfecta el consultorio usado esto incluye escritorio, computador sillas y unidad odontológica).
- Establezca en los servicios relacionados con la atención de la salud bucal, un área exclusiva para el retiro de los EPP, para su desinfección o su desecho según las indicaciones del fabricante. Coloque manijas en esta área para agarrarse durante la colocación y retiro del traje tipo overol (sí lo está usando) o demás EPP. (7). (8)
- También defina un espacio físico (en lo posible adyacente al consultorio clínico), para realizar el triage para verificar y actualizando la información suministrada durante el contacto virtual o telefónico, de forma que pueda corroborar si hubo cambios en la presencia de signos y síntomas según el tiempo transcurrido.
- Previo al ingreso de cada paciente, realice una limpieza exhaustiva y desinfección de superficies, usando para todas las áreas (críticas, semi-críticas y no críticas) una preparación de desinfectante de amplio espectro antioxidante y anticorrosivo. (4)
- Revise y verifique el adecuado funcionamiento de todos los equipos.
- Mantenga ventilados los consultorios y disponga de las medidas para el manejo de residuos conforme las orientaciones del Ministerio de Salud y Protección Social y del Ministerio de Salud Ambiental.

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 oxigenada".*

## MANIFESTACIONES CARDIOVASCULARES SARS CoV-2 EN PEDIATRÍA

Los coronavirus ya se estudiaban como causales de enfermedades cardiovasculares en pediatría, dentro de ellas miocarditis (1) y la enfermedad de Kawasaki (2), aunque al llegar el nuevo coronavirus SARS CoV-2 y su asociación con el Síndrome Pediátrico Inflamatorio Multisistémico (MIS-C) su interés aumentó, debiendo sospecharse ante la presencia de taquicardia no explicada por otros motivos (3). El compromiso cardíaco variará de acuerdo al estado clínico, no reportándose en los casos leves a moderados, en el 4% de los graves, pero en el MIS-C puede presentarse miocarditis (43-76%), dilatación de las arterias coronarias (18-24%, principalmente en su región proximal y dentro de las 2 primeras semanas) (4)(5), valvulitis, pericarditis (25%), derrame pericárdico, disfunción ventricular izquierda (en un tercio la fracción de eyección es menor del 30%) y shock (3)(6)(7). Los síntomas de miocarditis y pericarditis pueden variar desde leves e inespecíficos hasta dolor torácico y shock cardiogénico (8). Se han descrito factores asociados para una mayor gravedad como son la edad mayor de 5 años y la ferritina por encima de 1400 mcg/L (7). Las arritmias cardíacas son otras de las manifestaciones, siendo las más frecuentes la taquicardia supraventricular, complejos auriculares y ventriculares prematuros, bloqueos auriculoventriculares de primer grado y bloqueo incompleto de rama derecha (1).

En la fisiopatología se han planteado como hipótesis la desregulación de la vía sistema renina-angiotensina-aldosterona, la invasión viral directa con desregulación del sistema inmune y aumento de la respuesta inflamatoria con daño miocárdico secundario durante la tormenta de citoquinas, la hipoxemia ocasionada por el daño pulmonar como origen de un estrés oxidativo con lesión endotelial, microvascular y miocárdico por el aumento en las demandas de oxígeno al miocardio y el daño directo del virus a los cardiomiocitos (8)(9). En el MIS-C la carga viral es muy pequeña o negativa, sugiriendo que el daño principalmente se debe a una respuesta inmune exagerada (5)(7), a lo que se le suma la disfunción miocárdica ocasionada por las citocinas proinflamatorias a través de la vía de la esfingomielina neural y la reducción de la señalización betaadrenérgica mediada por el óxido nítrico (10). La infección a las células endoteliales por el SARS CoV-2 puede causar apoptosis y endotelitis celular secundaria que explicaría el fenotipo vasculítico autoinflamatorio retardado en el contexto de una predisposición genética (es más frecuente en descendientes afrocaribeños) (7). Esta endotelitis puede causar alteraciones microvasculares con pérdida de líquidos del espacio intravascular, inflamación, edema, vasoconstricción y trombosis, con isquemia secundaria (5)(8). A pesar de lo anterior, el compromiso cardíaco parece estar más relacionado con el edema que

con la inflamación miocárdica, teniendo en cuenta la rápida respuesta al manejo inmunomodulador (6).

Dentro de los principales exámenes a solicitar están:

-Electrocardiograma: se podrá encontrar el intervalo PR prolongado, cambios en el segmento ST-T, bloqueo auriculoventricular, arritmia, taquicardia y voltaje bajo (3).

-Ecocardiograma: indicado en insuficiencia cardíaca, cardiomegalia, taquicardia no concordante con la fiebre, alteraciones del segmento ST-T y arritmia en el ECG (3).

-Biomarcadores: sus niveles normales no excluyen completamente la miocarditis (8). La troponina I y la troponina T altamente sensibles, sumados a un ECG que muestre cambios en el segmento ST y la onda T, complejo QRS de bajo voltaje, tienen una especificidad del 86% y sensibilidad del 71% para diagnosticar lesión cardíaca (8). Su elevación no siempre se correlaciona con los hallazgos de la resonancia cardíaca (5), pero sí con la morbi-mortalidad (10). La prohormona del péptido natriurético cerebral (NT pro-BNP) está especialmente indicado en insuficiencia cardíaca. La CPK-MB es otro marcador de lesión cardíaca (6).

-Resonancia Cardíaca: se describe hiperemia y edema miocárdico, pero no realce tardío de gadolinio (sugerente de necrosis o fibrosis) como suele hallarse en las miocarditis linfocíticas virales (5).

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

JUAN.J LÓPEZ, FABIO LANCHEROS, ANGELICA DAZA

Las tasas de letalidad COVID-19, en Bogotá: localidad con mayor porcentaje de letalidad por cada 100 habitantes está en primer lugar Tunjuelito con una tasa de 3,6, San Cristóbal 3,12, Usme y Ciudad Bolívar 3,0; es decir que 3 de cada 100 casos positivos fallece.  
(SALUD.DATA)

El país atraviesa un segundo pico y los números no paran de crecer, un nuevo reporte del Ministerio de Salud con 12.261 nuevos contagiados. El total es de 2.027.746 a lo largo de la pandemia  
(SALUD DATA)

Bogotá es la ciudad y región con más casos de coronavirus. La capital del país, que se encuentra bajo cuarentena en varias localidades, tiene un total de 595.731 contagios.  
(SALUD.DATA)



#### IMPACTO GLOBAL COVID-19

A nivel mundial, el pasado 19 enero- de 2021 se notificaron 4,1 millones de nuevos casos, una disminución del 15% con respecto a la semana ante-pasada(12 enero-2021), y el número de nuevas muertes notificadas fue de poco menos de 96 000, comparable a la semana anterior. Esto eleva las cifras acumuladas a más de 98,2 millones de casos notificados y a más de 2,1 millones de muertes en todo el mundo desde el inicio de la pandemia.

Fuente: <https://worldhealthorganization.email20.com/t/d-l-qirikid-tijydtijk-r/>

**GERENTE SUBRED SUR**  
Dr. Luis Fernando Pineda Ávila

**COORDINACIÓN EDITORIAL**

Reyes Murillo Higuera,  
Subgerencia de Prestación de Servicios de Salud.  
Nicolás Escobar,  
Jefe Oficina Gestión del conocimiento.  
Martín Jaimes, Referente COVID-19.

**GRUPO APOYO COVID-19**

Marcela Chitiva  
Laura García  
Mónica Sanabria  
Cristina Marín Monroy  
Fabio Lancheros  
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 COVID-19:** 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, animalarios, corticoides o anticoagulantes. La inteligencia artificial puede llegar a generar modelos predictivos, diagnósticos y pronósticos para la 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.

**Cardiotoxicidad del Lopinavir / Ritonavir 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 El 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 cohorte 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, para el mejoramiento continuo de la respuesta de una red colaborativa de instituciones de salud y centros de investigación colombianos.

#### Estado actual evidencia rendimiento scores severidad en COVID 19

VARIABLE	ROC (95% CI)	P-VALOR	VALOR CUT-OFF	SENSIBILIDAD (95% CI)	ESPECIFICIDAD (95% CI)	VALOR PREDICTIVO POSITIVO (95% CI)	VALOR PREDICTIVO NEGATIVO (95% CI)	N RI	IDI
CURB-65	0.85 (0.81-0.89)	0.2259	2	0.63 (0.55-0.71)	0.91 (0.89-0.93)	0.65 (0.56-0.73)	0.91 (0.88-0.93)	0.12	0.06
PSI	0.85 (0.81-0.88)	0.1876	3	0.77 (0.70-0.84)	0.81 (0.78-0.84)	0.50 (0.44-0.57)	0.93 (0.91-0.96)	0.08	0.07
NEWS2	0.81 (0.77-0.85)	0.0045	5	0.79 (0.72-0.86)	0.69 (0.65-0.73)	0.40 (0.34-0.46)	0.93 (0.90-0.95)	0.17	0.16
qSOFA	0.73 (0.69-0.78)	<0.0001	1	0.82 (0.75-0.89)	0.57 (0.53-0.61)	0.33 (0.28-0.38)	0.93 (0.90-0.95)	0.27	0.24

Índice de mejora de reclasificación: NRI Índice de mejora de la discriminación: IDI  
Fuente: Fan G, et al. 2020

En el entorno latinoamericano, previamente se ha establecido una puntuación CURB-65  $\geq 2$ , presenta adecuada capacidad discriminatoria para predecir la mortalidad a 30 días, con una sensibilidad del 84%, una especificidad del 54%, un VPP del 56% y un VPN del 83% (AUC 0,72, IC 95% 68-86;  $p < 0,001$ )(Carriel J, et al. 2020).

MPS-COLOMBIA-ACIN- CONSULTA EXTERNA

