

BOLETÍN DE
CONOCIMIENTO
SUBRED SUR

Contenido

Análisis Casos confirmados COVID 19 en al SRS. Según Residencia.....3

Perfil de Consultantes en tiempos de pandemia.....5

Pirámide poblacional en tiempos de COVID 19.....7

Diagnóstico Pediátrico del nuevo coronavirus SARS COV 29

Pronóstico de los Pacientes Hospitalizados11

Interpretando La Incertidumbre En Carga De Enfermedad Por Covid 19..... 15

El Niño Como Fuente De Contagio Del Sars Cov-218

Investigación en COVID 19.....20

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 21 de agosto de 2020, se confirmaron en Bogotá 181.775 casos de SARS-Cov2 de los cuales 3,1 % (n= 5.656) corresponden a trabajadores del sector salud.



**Oficina de Gestión
del Conocimiento**

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO COVID 19

Enemigo invisible con pasos de gigante

El 12 de Diciembre en la ciudad de Wuhan , provincia de Hubei , China , los trabajadores de salud comenzaron a identificar una serie de usuarios que presentaban neumonía viral , el 31 de Diciembre de 2019 la Comisión de Salud de Hubei, notifica la aparición de 27 pacientes con neumonía de los cuales 7 se encontraban gravemente enfermos, estas manifestaciones posteriormente fueron atribuidas a un nuevo coronavirus altamente contagioso, al 28 de enero en la Ciudad de Wuhan epicentro del contagio se presentaban ya 5900 personas confirmadas con la infección.

La propagación por fuera de China se dio inicialmente en Tailandia el 13 de enero, el primer caso en las Américas fue confirmado el 21 de enero en el Estado de Washington, el 25 de enero de 2020 se confirmó el primer caso en Europa del nuevo coronavirus en Francia en un hombre procedente de la provincia de Hubei y Brasil fue el primer país de Latinoamérica en reportar casos de coronavirus el día 25 de febrero, en el estado de São Paulo, por parte de un brasileño que viajó a Italia. El 6 de marzo

se presentó el primer caso en Colombia en la Ciudad de Bogotá en una mujer de 19 años procedente de Milán Italia, la OMS declara el 11 de marzo que la infección por COVID 19 puede caracterizarse como una Pandemia.

El primer caso confirmado en las localidades que conforman la Subred Sur ocurrió el 20 de marzo en una mujer de 25 años quien ingreso a Bogotá el 15 de marzo procedente de España residente en la Localidad de Tunjuelito y la primera mortalidad ocurrió en la UMHES El Tunal el 6 de abril en un hombre de 45 años transportador de alimentos con antecedente de obesidad.

El primer colaborador positivo de la Subred Sur se confirmó el 19 de marzo en una médica de 46 años del Servicio de APH y la primera mortalidad el 1 de Julio en un camillero de 60 años de la UMHES Meissen.

GERENTE SUBRED SUR
Dr. Luis Fernando Pineda Ávila

COORDINACIÓN EDITORIAL

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

Centro de Investigación

Carrera 24C # 54 -47 Sur (Sede Administrativa)

Teléfono: 601-7300000 Extensión 11

Bogotá

GRUPO APOYO COVID 19

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

CORRECCIÓN ESTILO

José E. Páez

APOYO METODOLÓGICO

Néstor Suárez

URL:

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

ISSN: 2981-7331

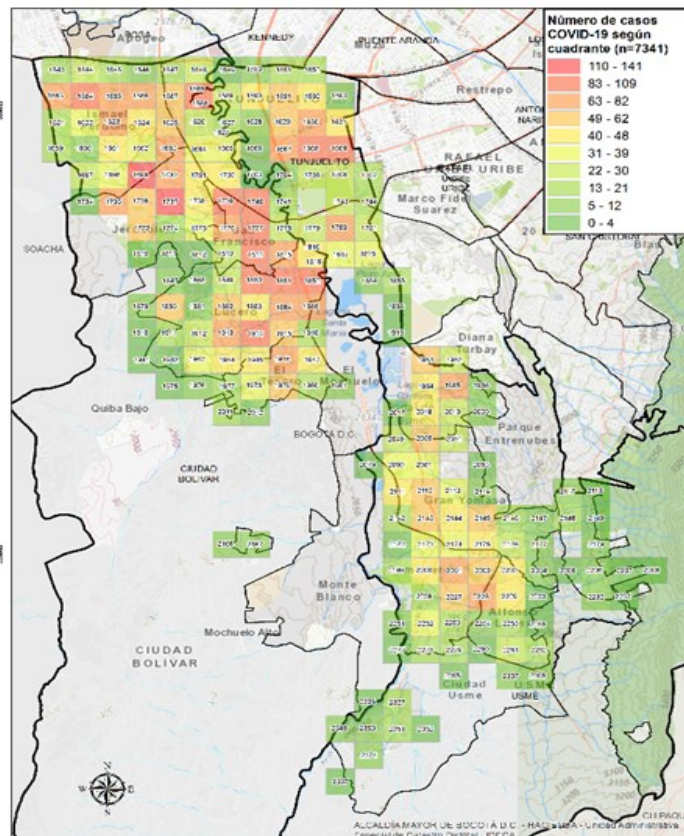
ANÁLISIS CASOS CONFIRMADOS COVID-19 EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E.

Carlos Fernando Macana

Dirección Gestión del Riesgo —Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

MARCO SUSCEPTIBLE EXPUERTO INFECCIOSO ELIMINADO

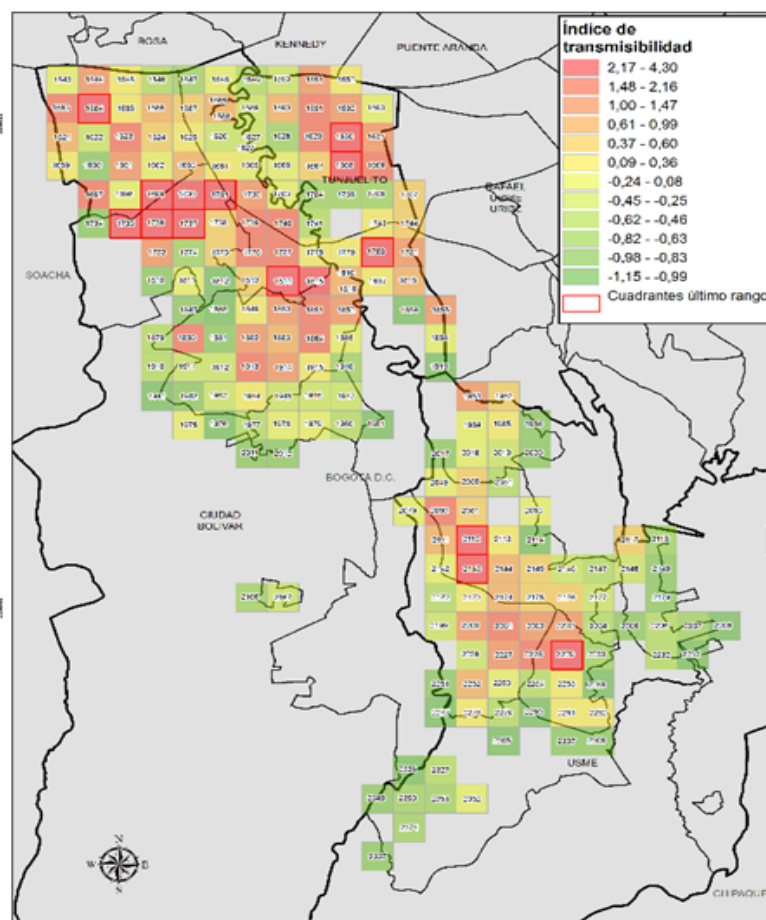
En la actualidad la modelación se hace bajo el marco "Susceptible-Expuesto-Infeccioso-Eliminado" (SEIR) con el tamaño total de la población N con dos clases adicionales (1) "D" que imita la percepción pública del riesgo con respecto al número de casos y muertes graves y críticos; y (2) "C" que representa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



Mapa 1. Concentración de casos COVID-19¹

La Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur E.S.E realiza un ejercicio permanente de georreferenciación de casos confirmados por COVID-19 en cada una de las localidades que la conforman, como insumo para la intervención de salud pública con enfoque territorial.

Se han presentado 7341 casos confirmados, de los cuales el 51,2% son mujeres, y la mayor concentración de casos de acuerdo con la edad, está entre los 20 y 44 años con un peso porcentual del 53,8%. El 56,8% de los casos se residen en localidad de Ciudad Bolívar, principalmente en las Unidades de Planeación Zonal (UPZ) Lucero (barrios Bellavista Lucero Alto, Lucero Alto, México, La Estrella, San Rafael) e Ismael Perdomo (Sierra Morena, La Primavera I, Rincón de Galicia, Perdomo Alto), con el 28,1% y el 24,8% del total de casos en la localidad, respectivamente; le sigue la



Mapa 2. Índice de transmisibilidad²

localidad de Usme con el 25,0% de casos de la subred, principalmente en las UPZ Gran Yomasa con el 34,5% de participación (Santa Librada, Barranquillita, La Marichuela, La Aurora) y Comuneros con el 28,7% (El Virrey, Monteblanco, Comuneros); el 18,2% de los casos en la subred se concentran en la localidad de Tunjuelito y de estos, el 77,1% se localizan en la UPZ Venecia (Fátima, San Vicente Ferrer, Samoré) (Mapa 1). De acuerdo con el índice de transmisibilidad se identifican 7 cuadrantes en Ciudad Bolívar y 3 cuadrantes en cada localidad de Usme y Tunjuelito que resultan en el rango más alto en la medición de este índice.

Fuente:

1. Base de datos confirmados COVID-19. Subsecretaria de Salud Pública, Secretaria Distrital de Salud, fecha de corte julio 12 de 2020.
2. Índice de transmisibilidad COVID-19. Subsecretaria de Salud Pública, Secretaria Distrital de Salud, fecha de corte julio 4 de 2020.

PERFIL DE CONSULTANTE EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Néstor Suárez

Gestión del Conocimiento — Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

METODOLOGIA

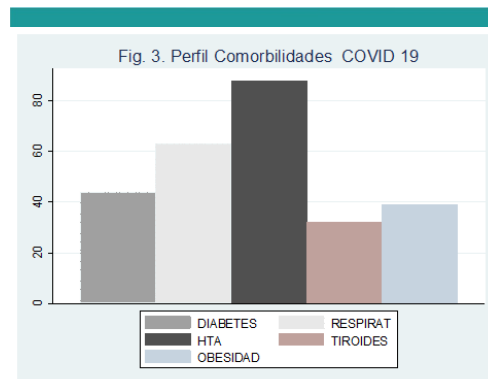
Se analiza la base de datos como Fuente primaria (COVID 19, SALUD DATA) (N= 2592), en la primera y segunda fase de la pandemia (18 marzo a 9 julio 2020), ejecutando un filtro preliminar por registro en la fecha inicial de síntomas: se requirió el retiro de los registros etiquetados como asintomático (n=1466). Aplicado un segundo filtro a los usuarios con registro de día de inicio de síntomas (n=1126), requiriendo excluir los registros diligenciados de manera incompleta (número de historia clínica en dinámica, no registro COVID 19) (n=532). De este modo, se genera entonces la posterior crítica de la información, de aquellos registros que cumplen con los criterios, definidos en términos de registro, de fecha inicial de síntomas (76.79%) (n=408)

RESULTADOS

La **edad promedio** de los pacientes es de 44,10 años (DS= 21,66) con un rango máximo de 95 años. El TISC es de 3,6 días (DS= 4,15) y un rango superior de 21 días. La distribución por género es de predominio femenino (50,25%).

La **procedencia** de mayor proporción por localidad, es Ciudad Bolívar (n=201) (49,26%), seguida por Usme (n= 99) (24,26%) y Tunjuelito (n=56) (13,73%). El 12,75% (n=52) provienen de otras localidades como Usaquén, Puente Aranda y Rafael Uribe.

La **tasa de prevalencia** por 100.000 habitantes es relativamente homogénea por localidad: Tunjuelito (29,79), Usme (29,30) y Ciudad Bolívar (26,87). Sin embargo bajo el contexto de índice de Transmisibilidad, es importante destacar que por densidad de población urbana, solo una de estas



Fuente: Elaboración propia. Base Datos: 18 marzo a 9 julio 2020

A nivel del perfil de comorbilidad, se encuentra que la Hipertensión arterial es la más frecuente (21,67%) y junto con la diabetes (10,81%) presentan el TISC de 1 a 8 días (p=0,001) en contraste con antecedente de patología respiratoria (n=63) en los que el TISC es de 1 a 4 días (p=0,013).

En los pacientes, se requirió hospitalización en el 40,93%(n=167), de los cuales no se evidencia antecedente de comorbilidad en 135 (p=0,00).

El antecedente de fumador tiene el mismo comportamiento en tiempo de las dos comorbilidades de mayor frecuencia, con una proporción del 6,91%(n=28) (p=0,002). El reporte de Cáncer en esta cohorte tiene una frecuencia baja (3,44%), siendo la mortalidad por COVID 19 y patología de base en un 54% (n=8) (p= 0,00).

Localidades es considerada de tipo estacionaria (Tunjuelito: 190 h/ha) y de alto potencial de crecimiento las de Ciudad Bolívar (227 h/ha) y Usme (161 h/ha). Al comparar el comportamiento de la edad en las subpoblaciones de estado de Salud (1. leve, 2. moderado, 3. severo, 4. muerte por COVID y 5. muerte por causa diferente), es evidente el gradiente, con severidad progresiva, corroborando la existencia de asociación entre el estado de severidad y la edad.

Fig.1. Edad por Estado de Salud

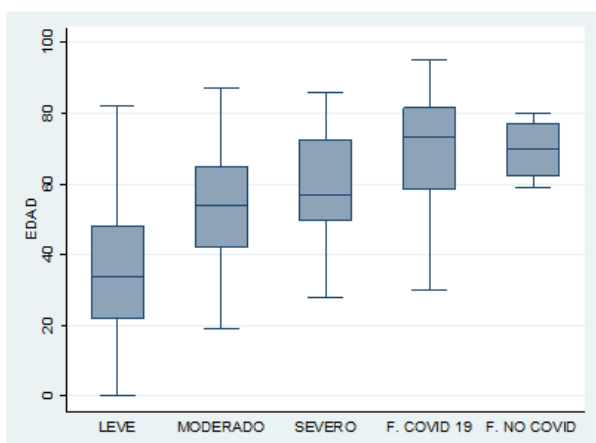
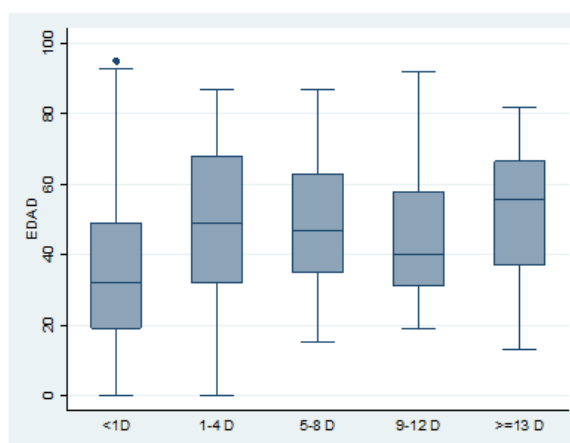


Fig.2. TISC



Fuente: Elaboración propia. Base Datos: 18 marzo a 9 julio 2020

La distribución del estado de salud se torna asimétrica a la derecha (positiva) a partir del grupo etario de los 50. La dispersión central del 50% de los datos es alta y se acentúa en el caso de los grupos de 50 a 70 años. No existen valores atípicos en ninguna de las categorías.

En contraste, el comportamiento de la edad no evidencia gradiente progresivo ($r=0,25$) con la variable TISC, aun cuando la distribución por estas categorías se torna asimétrica a la derecha (positiva) en todas las categorías. Se evidencia valores atípicos en la categoría de menor a un día.

En la serie revisada de la cohorte dinámica reportan 68 fallecimientos de los cuales el 44,68% ($n=21$) tuvieron estancia en Unidad de cuidados Intensivos, siendo el 33% ($n=37$) en condición de HTA ($p=0,000$). El perfil de comorbilidad de los usuarios fallecidos evidencia obesidad ($n=11$) ($p=0,016$), trastorno respiratorio en 11 casos y diabetes (22) ($p=0,000$). En 22 de los fallecimientos se estimó el TISC mayor a cinco días ($p=0,00$).

DISCUSION

El comportamiento por edad frente al estado de salud conserva un gradiente progresivo (a mayor edad, mayor el compromiso de salud), en contraste con la TISC que es asimétrico, lo que explica que entre más rápida la intervención clínica – consulta temprana - son menores las complicaciones.

El comportamiento de la enfermedad en relación con el género evidencia un porcentaje de compromiso mayor en hombres que en mujeres.

En los grupos etarios inferiores a 30 años el tiempo es inmediato, y en mayores de 30 años el indicador presenta valores críticos, incluyendo la subpoblación de mortalidad. Las consideraciones de comorbilidad también guardan concordancia con lo descrito por la literatura en el período descrito de la pandemia.

Fuentes:

- Salud Data. Observatorio de Salud de Bogotá. Datos abiertos. Consulta en: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/enfermedades-trasmisibles/covid19/>
- Institute for Health Metrics and Evaluation. Population Health Building/Hans Rosling Center. Consulta en: <https://covid19.healthdata.org/global?view=mask-use&tab=trend>

PIRAMIDE POBLACIONAL EN TIEMPOS DE COVID 19

Néstor Suárez

Gestión del Conocimiento — Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Aun cuando se hizo crítica de información a la calidad de la fuente primaria, es importante precisar que la estructura etaria informa sobre las características de la cohorte dinámica en tiempos de pandemia, que al superponerse con fenómenos como inmigración y/o desplazamiento podría producir un patrón final limitado para las interpretaciones.

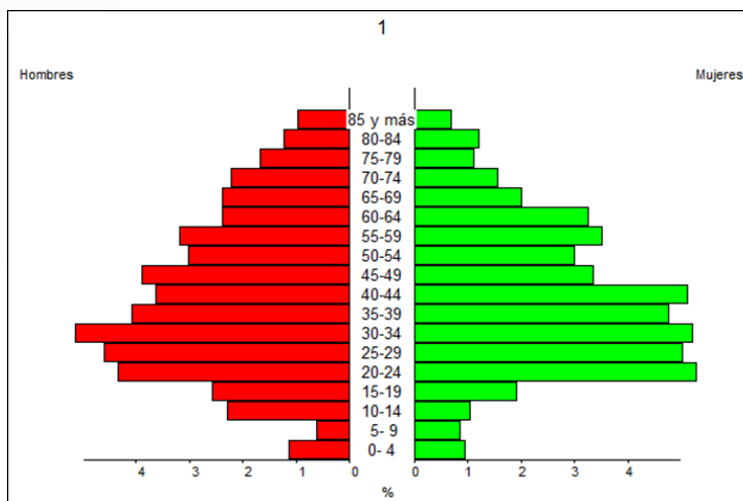
La rápida propagación del COVID-19 ha revelado la necesidad de comprender cómo interactúan las dinámicas poblacionales en la pandemia actual como en el futuro.

El envejecimiento de la población es actualmente más pronunciado en los países más ricos, y se podría reducir el impacto de esta pandemia en los países más pobres con sistemas de salud más débiles pero estructuras de edad más jóvenes.

La gestión del conocimiento evidencia que pocos países están publicando rutinariamente sus datos de COVID-19 con datos demográficos clave como edad, sexo o comorbilidades. Se requiere superar esta brecha al impulsar la publicación oportuna de estos datos desglosados para que tanto investigadores como gobiernos gestionen estrategias de prevención y preparación más focalizadas (U.O.2020).

Se construye la pirámide poblacional en una Cohorte dinámica de usuarios con padecimiento COVID 19 en el periodo de 12 marzo a 7 julio del 2020 (n=1126) de las localidades de alcance territorial directo de la Subred integrada de Servicios de Salud sur.

Pirámide Poblacional COHORTE COVID 19



Se evidencia perfil de envejecimiento (Índice de Friz: 32,6633) de tipo regresivo (Índice de Sundbarg), encontrándose la superación del grupo de mayores de 50 años (56,9715) al menor de 15 años (11,8441).

Se considera una población vieja (Burgdöfer: 4,8845: 25,7549), con un Índice de Envejecimiento alto (217,7215). En esta cohorte se estima que las personas que no son autónomas por razones demográficas (la edad), son el 28,67% (índice de dependencia) representado por ancianos (>65) y los muy jóvenes (<15), evidenciando que 29 personas son dependientes por cada 100 personas en edad de trabajar.

Al ser el índice de estructura de la población activa (IS) alto (80,0412), evidencia generaciones más viejas como estructura de la población laboral: 80 viejos activos por cada 100 jóvenes activos. El Índice generacional de ancianos (284,3023) en esta cohorte nos permite estimar que existen dos personas que pueden hacerse cargo de una persona mayor de 65 años.

La edad media es de 42,18 computando la media ponderada, frente a las frecuencias relativas de cada grupo como factores de ponderación. Contrasta la edad mediana, ligeramente inferior (39,9000), y que permite dividir en dos partes iguales a la población ordenada según la edad. Este valor es menos sensible a los cambios estructurales propios de cada población. Finalmente se calcula el índice del número de niños por mujer fecunda (IC) en la cohorte observada, siendo de 6,8 representando un indicador de la carga de hijos (6) en edad preescolar por mujer.

Fuente: EPIDAT 4 ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE DATOS. Pirámides e indicadores demográficos. Versión 4.2. 2014. Servizo de Epidemioloxía de la Dirección Xeral de Saúde Pública de la Consellería de Sanidade (Xunta de Galicia). Apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS). Universidad CES de Colombia.

DIAGNÓSTICO PEDIATRICO DEL NUEVO CORONAVIRUS SARS-CO2

Juan J. López—Fabio Lancheros

El diagnóstico se realiza detectando antígenos virales o amplificando el ácido nucleico viral mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa reversa (RT-PCR) específica para SARS CoV2 (1)(2). La especificidad de la RT-PCR llega al 99%, aunque su sensibilidad (algo mayor que la prueba de antígenos) varía según el sitio de la muestra: nasofaringe (63%) (muestra inicial), oro faringe (32%), aspirado bronquial o esputo (72%), lavado bronquio alveolar (93%) (en ventilados con primera muestra negativa) (1)(3), sangre (30-40%), heces (50-60%), saliva, orina (4)(5)(6)(7).

Deben repetirse a las 48-72 horas (idealmente la RT-PCR) si la primera muestra fue negativa y continua la sospecha clínica (1)(2). La RT-PCR detecta el virus desde unos días antes del inicio de los síntomas (8), disminuyendo su sensibilidad a partir del séptimo día, pudiendo dar falsos negativos al acercarse al final de la segunda semana (2)(8), aunque la gravedad de la enfermedad harán que tanto la carga viral como la duración de la eliminación viral serán mayores (9).

La prueba de detección de antígeno debe tomarse hasta el día 11 del inicio de los síntomas (2), tiene una especificidad del 99,5% (10), con una sensibilidad cercana al 60%, siendo también dependiente de la carga viral (8). Al parecer la carga viral en niños pequeños (0-6 años) es similar a la de los adultos (11).

La serología IgM e IgG tienen una sensibilidad del 85% y especificidad del 90% (1), debiendo tomarse luego del día 14, aunque su positividad define un caso probable (2).

Se recomiendan para valorar un brote en curso, evaluación retrospectiva de la tasa de ataque, la extensión del brote en caso de que los PCR sean negativos (1) o en casos donde las pruebas moleculares fueran negativas y existe un fuerte vínculo epidemiológico y alta sospecha clínica y de laboratorio. Si la prueba serológica IgM es positiva y la IgG negativa, se considera no interpretable (2). Idealmente deben ser tomadas de forma pareada (en la fase aguda y convaleciente) porque puede existir reacción cruzada con otros coronavirus previamente expuestos (8).

En el síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes temporalmente relacionados al COVID 19 se aconseja tomar ya sea la RT-PCR o la serología (1), ya que en ocasiones la primera puede ser negativa y la segunda positiva, teniendo en cuenta su presentación tardía tras la noción de contacto (12). La secuenciación y cultivo viral se realizan solo en casos especiales (1).

Fuentes:

1. Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-COV-2/ COVID-19 en establecimientos de atención de la salud Recomendaciones basadas en consenso de expertos e informadas en la evidencia. Infectio. 2020;24(3): Suplemento Covid 19. Actualizada junio 2020.
2. Hanson KE, Caliendo AM, Arias CA, Englund JA, Lee MJ, et al. Infectious Diseases Society of America Guidelines on the Diagnosis of COVID-19. Last updated May 6, 2020 and posted online at www.idsociety.org/COVID19guidelines/dx.
3. Kun-Ling Shen, Yong-Hong Yang, Rong-Meng Jiang, Tian-You Wang. Updated diagnosis, treatment and prevention of COVID-19 in children: experts' consensus statement (condensed version of the second edition. World Journal of Pediatrics. available at <https://doi.org/10.1007/s12519-020-00343-7>.
4. Zimmermann P, Curtis N. Coronavirus Infections in Children Including COVID-19 An Overview of the Epidemiology, Clinical Features, Diagnosis, Treatment and Prevention Options in Children. *Pediatr Infect Dis J* 2020;39:355–368.
5. Dhama K, Khan S, Tiwari R, Sircar S, Bhat S, et al. Coronavirus Disease 2019–COVID-19. *Clinical Microbiology Reviews*. 2020;33(4):1-45.
6. Liang T (Editor in Chief). Handbook of COVID-19 Prevention and Treatment.
7. Ministerio de Salud y Protección Social Bogotá. Lineamientos para el uso de pruebas diagnósticas de laboratorio durante la pandemia del SARS-COV-2 (COVID-19) EN COLOMBIA. Julio de 2020.
8. Onoda M, Martínez Chamorro MJ. Pruebas diagnósticas de laboratorio de COVID-19. Grupo de Patología Infecciosa de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Abril de 2020. Pruebas diagnósticas de laboratorio de COVID-19. Disponible en: [<https://aepap.org/grupos/grupo-de-PatologiaInfecciosa/contenido/documentos-delgpi>].

PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS

John Sprockel Díaz

Médico internista, Msc. UCI. UMHES Tunal —Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

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).

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.

La tabla 1 presenta las características generales de la población discriminada de acuerdo a la presencia o no del desenlace. De acuerdo con lo reportado en la literatura, se nota una mayor prevalencia del sexo masculino, el desenlace primario guarda una relación con la edad y la presencia de comorbilidades. Las manifestaciones más frecuentes fueron la disnea, tos y la fiebre.

CARACTERÍSTICA	POBLACIÓN DELESTUDIO (N= 96)	SIN EL DESEN-LACE (N= 70)	CON INGRESO A UCI O MUER- TE (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
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)

Tabla 1. Características de los pacientes

CARACTERÍSTICA	POBLACIÓN DELESTU- DIO (n= 96)	SIN EL DESENL- CE(n= 70)	CON INGRE- SO A UCI O MUERTE (n=26)
Signos Vitales al Ingreso, promedio			
Temperatura (°C)	37.1 (1.1)	37.1 (1.1)	37.0 (1.1)
Frecuencia Cardiaca (latidos)	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 radio- grafía de Tórax Inicial, n (%)	85.4	56 (80.0)	26 (100.0)

Tabla 1. Características de los pacientes

CARACTERÍSTICA	POBLA- CIÓN DEL ESTUDIO (N= 96)	SIN EL DESENL- LACE (N= 70)	CON IN- GRESO 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 cardiaca de alta sensibilidad positiva (n, %)	15/75 (20.0%)	7/51 (13.7)	8/24 (33.3)

Tabla 2. Pruebas Diagnósticas

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. Esperamos 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.

Fuentes:

- Wan Y, Shang J, Graham R, Baric RS, Li F. Receptor Recognition by the Novel Coronavirus from Wuhan: an Analysis Based on Decade-Long Structural Studies of SARS Coronavirus. *J Virol.* 2020;94(7) :e00127-20. doi: 10.1128/JVI.00127-20.
- Sanchis-Gomar F, Lavie CJ, Perez-Quilis C, Henry BM, Lippi G. Angiotensin-Converting Enzyme 2 and Antihypertensives (Angiotensin Receptor Blockers and Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors) in Coronavirus Disease 2019. *Mayo Clin Proc.* 2020;95(6):1222-30. doi: 10.1016/j.mayocp.2020.03.0263.
- Ferrario CM, Jessup J, Chappell MC, Averill DB, Brosnihan KB, Tallant EA, Diz DI, Gallagher PE. Effect of angiotensin-converting enzyme inhibition and angiotensin II receptor blockers on cardiac angiotensin-converting enzyme 2. *Circulation.* 2005;111(20):2605-10. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.104.510461
- Sommerstein R. Re: Preventing a covid-19 pandemic: ACE inhibitors as a potential risk factor for fatal Covid-19. *BMJ.* 2020;368:m810. doi: 10.1136/bmj.m8105. Danser AHJ, Epstein M, Batlle D. Renin-Angiotensin System Blockers and the COVID-19 Pandemic: At Present There Is No Evidence to Abandon Renin-Angiotensin System Blockers. *Hypertension.* 2020;75(6):1382-5. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15082

INTERPRETANDO LA INCERTIDUMBRE EN CARGA DE ENFERMEDAD POR COVID 19

Néstor Suárez

Gestión del Conocimiento — Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

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 transmisibles¹.

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 salud¹. 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.

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.

Causa	DALYs			MUERTES		
	Número (miles) Media (95% UI)	Me día	Tasa media (95% UI)	Número (miles) Media (95% UI)	Media %	Tasa Media (95% UI)
Todas las causas	10977 (9601.53-12422.95)	1.0	21692(8973-2454)	234.22 (214.78 - 255.10)	-	462.82 (424.42-504.09)
Enfermedades no transmisibles	7596.5(6481.21-8825.90)	0.6	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)	0.1	2567.94 (2340.00 - 2794.20)	68.02 (62.29- 74.10)	0.2	134.42 (123.09-146.42)
Enf. Isquémica del corazón	666.99 (603.16-730.71)	0.0	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)	0.0	629.40 (564.38-693.96)	15.68 (14.03 - 17.40)	0.0	30.98 (27.72-34.38)
ACV isquémico	92.09 (81.00-102.80)	0.0	181.97 (160.06-203.14)	5.26 (4.69 - 5.88)	0.0	10.40 (9.27-11.62)
Enf. Cardíaca hipertensiva	81.23 (67.87-130.66)	0.0	160.52 (134.11 - 258.20)	4.90 (4.12 - 8.29)	0.0	9.69 (8.13- 16.38)

Tabla 1. Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y muertes por enfermedades cardiovasculares y no transmisibles. Colombia. Estudio GBD 2017

Se ha estimado para el 2020 la población en Colombia de 50.882.884 habitantes, con una esperanza de vida de 80.11 años (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 Evento cerebro vascular ($r = 0.31$, $p = 0.25$).

Fuentes:

1. M. Reza Azarpazhooh, Negar Morovatdar, Abolfazl Avan, Thanh G Phan et al. (2020). COVID-19 Pandemic and Burden of Non-Communicable Diseases: An Ecological Study on Data of 185 Countries. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, Vol. 29, No. 9 (September), 105089
2. Markus HS, Brainin M. COVID-19 and stroke-A global world stroke organization perspective. *Int J Stroke* 2020.1747493020923472
3. Helms J, Kremer S, Merdji H, et al. Neurologic features in severe SARS-CoV-2 infection. *N Engl J Med* 2020;382:2268-2270.
4. O'Donovan MR, Sezgin D, Liew A, O'Caomh R. Burden of disease, disability-adjusted life years and frailty prevalence. *QJM* 2019;112:261-267.
5. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME); 2018 <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> (accessed May 19, 2019)
6. M. Reza Azarpazhooh, et al. (2020). COVID-19 Pandemic and Burden of Non-Communicable Diseases: An Ecological Study on Data of 185 Countries. Supplementary material associated with this article can be found in the online version at doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105089. <file:///D:/Personal/Documentos/PROYECTO-CINCUENTA%20Y%20SIETE-%20INVESTIGACION%20COVI/CARGA%20ENFERMEDAD%20COVID%20COLOMBIA/DATOS%20MUNDIALES.pdf>.
7. Sala Situacional Subred Integrada de Servicios de Salud sur ESE(2017). INFORMESE. Boletín N.4. Marzo.

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

Juan J. López —Fabio Lancheros

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 las aulas (9).

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).

Fuentes:

1. Heavey L, Casey G, Kelly C, Kelly D, McDarb G. (2020). No evidence of secondary transmission of COVID-19 from children attending school in Ireland, 2020. Euro Surveill. 2020;25(21):pii=2000903. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.21.2000903>.
2. World health Organization. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/docs/defaultsource/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report>.

Fuentes:

3. Bi Q, Wu Y, Mei S, Ye C, Zou X, Zhang Z, et al. (2020). Epidemiology and Transmission of COVID-19 in Shenzhen China: Analysis of 391 cases and 1,286 of their close contacts. Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.03.20028423v1>.
4. L'Huillier AG, Torriani G, Pigny F, Kaiser L, Eckerle I. (2020). Shedding of infectious SARS-CoV-2 in symptomatic neonates, children and adolescents | medRxiv [Internet]. Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.27.20076778>.
5. Jones TC, Mühlemann B, Veith T, Biele G, Zuchowski M, et al. (2020). An analysis of SARS-CoV-2 viral load by patient age. <https://doi.org/10.1101/2020.06.08.20125484>.
6. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Enfermedad por coronavirus, COVID-19. Actualización, 3 de julio 2020.
7. Munro APS, Faust SN. (2020). Children are not COVID-19 super spreaders: time to go back to school. *Arch Dis Child*;105:618–619.
8. Li X, Xu W, Dozier M, He Y, Kirolos A, Theodoratou E, and on behalf of UNCOVER. (2020). The role of children in transmission of SARS-CoV-2: A rapid review. *J Glob Health*. 2020 Jun; 10(1): 011101. Published online 2020 Jun 29. doi: 10.7189/jogh.10.011101.
9. World Health Organization (WHO). (2020). Considerations for school-related public health measures in the context of COVID-19 Annex to Considerations in adjusting public health and social measures in the context of COVID-19 10 May 2020.
10. Merckx J, Labrecque JA, Kaufman JS (2020). Transmission of SARS-CoV-2 by children. *Dtsch Arztebl Int*; 117: 553–60. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0553.
11. Balasubramanian S, Mohan Rao N, Goenka A, Roderick M and Ramanan AV. (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Children - What We Know So Far and What We Do Not. *Indian Pediatrics*. 57:435-442.
12. Lee B and Raszka WV. COVID-19 Transmission and Children: The Child Is Not to Blame. *Pediatrics*. 2020;146(2):e2020004879.

INVIMA ANTE COVID 19

Resolución N. 00730 (7 mayo 2020): Disposiciones presentación y aprobación de los protocolos de investigación clínica con medicamentos en el marco de la Emergencia Sanitaria generada por el Covid-19: En el ámbito de aplicación se establece el rol para Centros de investigación o instituciones prestadoras de Servicios de salud IPS no certificadas en Buenas prácticas Clínicas (BPC) e investigadores registrados o no en el Curriculum Vitae de Latinoamérica y el Caribe-CvLAC

AGENDA DE INVESTIGACIÓN EN COVID 19

Modelo Determinación de Sospechosos COVI 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 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

Modelo de CPAP en insuficiencia respiratoria. La máscara de Snorkel se conecta a una máquina que suministra oxígeno a alta presión y que, al estar sellada a la cara del paciente, logra insuflar los pulmones. Se creó una válvula que conecte la máscara con la máquina de oxígeno, siendo en su forma inicial de un lumen, por lo que se propone un Adaptador biluminal de máscara de Snorkel cuyo prototipo será en Impresión 3D y la fundamentación en concepto de ventilación mecánica.

Cardio toxicidad del Lopinavir / retronavir 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.

MPS--COLOMBIA-ACIN- CONSULTA EXTERNA

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%

AGENDA DE INVESTIGACIÓN EN COVID 19

Modelo Determinación de Sospechosos COVI 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 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 / retronavir 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.

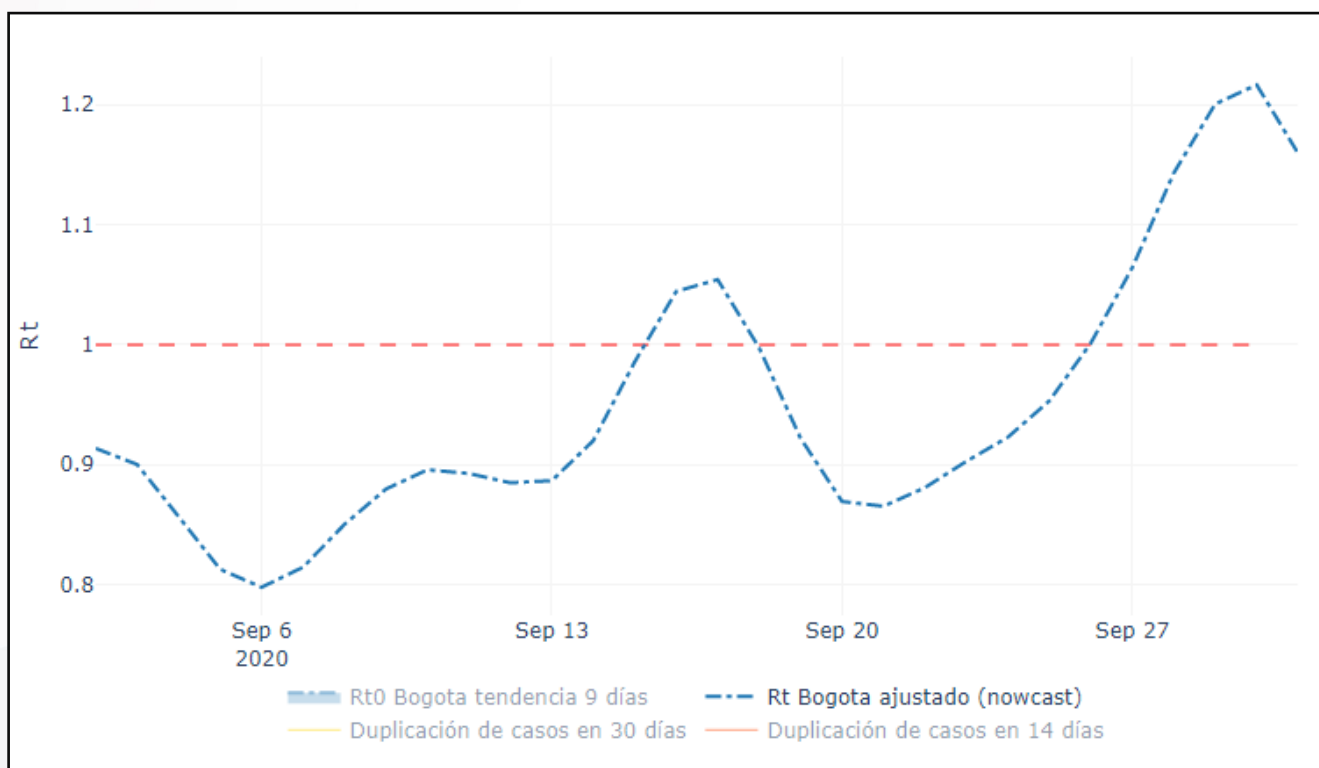
Registro Institucional de pacientes en condiciones de exposición y padecimiento al SARS-CoV-2. Estrategia de cohortización poblacional bajo el enfoque de Gestión del Riesgo.

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, para el mejoramiento continuo de la respuesta de una red colaborativa de instituciones de salud y centros de investigación colombianos .

Traqueotomía 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/rtdcolombia/>

