

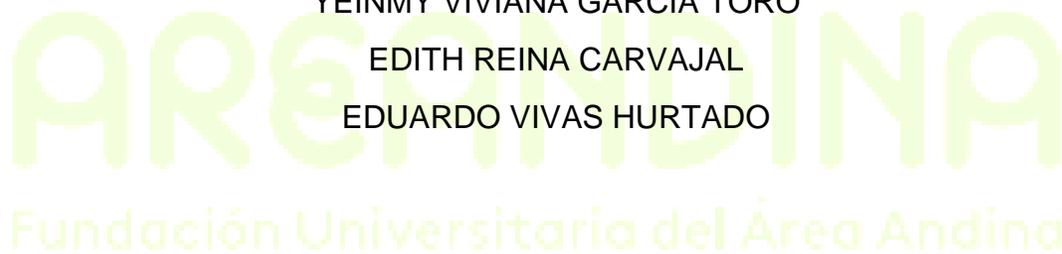
**COMPORTAMIENTO DEMOGRÁFICO, CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DEL COVID-19
EN QUINDÍO-COLOMBIA ENTRE 2020 - 2021**



YEINMY VIVIANA GARCÍA TORO

EDITH REINA CARVAJAL

EDUARDO VIVAS HURTADO



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y EL DEPORTE
ESCUELA DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA
PEREIRA
2022

COMPORTAMIENTO DEMOGRÁFICO, CLINICO Y EPIDEMIOLOGICO DEL COVID-19
EN QUINDÍO-COLOMBIA ENTRE MARZO-2020 Y JULIO 2021

YEINMY VIVIANA GARCÍA TORO

EDITH REINA CARVAJAL

EDUARDO VIVAS HURTADO

Trabajo para optar por el título de Especialista en epidemiología

CARMEN LUISA BETANCUR PULGARIN

Asesora de Epidemiología

VÍCTOR DANIEL CALVO BETANCOURT

Asesor estadístico

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y EL
DEPORTE ESCUELA DE POSGRADOS

ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA

PEREIRA

2022

Lista de contenido

1 INTRODUCCIÓN	1
2 PROBLEMA	3
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
2.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	5
3 JUSTIFICACIÓN	6
4 ANTECEDENTES	8
5 OBJETIVOS	14
5.1 OBJETIVO GENERAL	14
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
6. MARCO TEÓRICO	15
6.1 DEFINICIÓN DEL COVID 19	15
6.2 PERIODO DE TRANSMISIÓN E INCUBACIÓN DEL COVID-19	15
6.3 FISIOPATOLOGÍA COVID-19	16
6.4 DIAGNOSTICO COVID-19	17
6.5 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS Y DEMOGRAFÍA COVID-19	18
6.6 MANEJO CLÍNICO COVID-19	21
6.7 MANEJO INTRAHOSPITALARIO	22
6.8 MARCO CONTEXTUAL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO	23
6.9 MARCO CONCEPTUAL	24
6.10 MARCO NORMATIVO	26
7 METODOLOGÍA	28
7.1 TIPO DE ESTUDIO	28
7.2 POBLACIÓN	28
7.3 UNIDAD DE ANÁLISIS	28
7.4 MUESTRA	28
7.4.1 MARCO MUESTRAL	28
7.4.2 MUESTREO	28
7.4.3 TAMAÑO DE MUESTRA	28
7.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	28
7.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	28
7.7 VARIABLE	29
7.8 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	31
7.9 PLAN DE ANÁLISIS	32
7.10 COMPONENTE BIOÉTICO	32
7.11 IMPACTO SOCIAL O/E INNOVACIÓN, O RESPONSABILIDAD SOCIAL	33
8. RESULTADOS	35
8.1. COMPORTAMIENTO SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DE CASOS COVID-19	35
8.1.1 Aspectos sociodemográficos de los casos diagnosticados con la patología de estudio.	35
8.1.2 Aspectos epidemiológicos de los casos diagnosticados con la patología de estudio.	37
8.1.3 Aspectos del comportamiento de los casos diagnosticados con la patología de estudio.	41

8.2 ANÁLISIS DE VARIABLES EXPOSITORA Y VARIABLE DESENLACE.	43
9 DISCUSIÓN	51
10 CONCLUSIONES	52
11 RECOMENDACIONES	52
12 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
13 ANEXOS	60
13.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO	60
13.2 INSTRUCTIVOS	60
13.3 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	61
13.4 TABLA. DE OBJETIVOS, VARIABLES E INDICADORES	65

AREA ANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

Lista de tablas

- Tabla 1.** Características pruebas para COVID-19-----Pág. 18
- Tabla 2.** Número de casos notificados de COVID-19 y defunciones Clasificadas por 100.000 habitantes 2020-----Pág. 20
- Tabla 3.** Marco normativo-----Pag.26-27
- Tabla 4.** Operacionalización de variables -----Pág. 30
- Tabla 5.** Características sociodemográficas, epidemiológicas COVID-19 Departamento del Quindío 2020-2021. -----Pág. 35
- Tabla 6.** Distribución geográfica pacientes COVID19, por Municipio de procedencia 2020-2021. -----Pág. 36
- Tabla 7.** Clasificación de los casos que presentaron covid-19 según su gravedad entre 2020-2021. Quindío -----Pág. 37
- Tabla 8.** Distribución de pacientes COVID19, por País de procedencia 2020-2021.Colombia --- -----Pág. 38
- Tabla 9.** Distribución por tipo de prueba realizada para COVID-19, 2020-2021 Departamento del Quindío. -----Pág.38
- Tabla 10.** Porcentaje de casos con comorbilidades, recuperados y fallecidos 2020-2021 departamento Quindío-----Pág.39
- Tabla 11.** Personal de salud que presento COVID-19 entre el 2020-2021 en el departamento del Quindío -----Pág.40
- Tabla 12.** Descripción de los casos COVID-19 según estado de gravedad, síntomas y desenlace entre el 2020 y 2021 en del departamento del Quindío -----Pág. 41
- Tabla 13.** Desenlace de los casos por municipio de procedencia 2020-2021 departamento del Quindío -----Pág. 42
- Tabla 14.** Desenlace de los casos en el departamento del Quindío con referencia al municipio de Armenia 2020-2021-----Pág. 43
- Tabla 15.** Desenlace de los casos en el departamento del Quindío con referencia al género 2020-2021-----Pág. 44
- Tabla 16.** Desenlace de los casos en el departamento del Quindío según el tipo de afiliación al régimen de salud 2020-2021-----Pág. 44
- Tabla 17.** Desenlace de los casos en el departamento del Quindío según grupos poblacionales de pertenencia entre el 2020-2021-----Pág. 44
- Tabla 18.** Desenlace por grupos etarios 2020-2021 departamento del Quindío----Pág. 45

Tabla 19. Desenlace según el tipo de caso 2020-2021 departamento del Quindío
-----Pág. 45

Tabla 20. Desenlace según las comorbilidades 2020-2021 departamento del Quindío
-----Pág. 46

Tabla 21. Desenlace del personal de la salud 2020-2021 departamento del Quindío
-----Pág. 47

Tabla 22. Desenlace de casos por municipio de 2020-2021 departamento
del Quindío. -----Pág. 48

Tabla 23. Desenlace de los casos según el estado de gravedad 2020-2021
departamento del Quindío-----Pág. 49

Tabla 24. Desenlace de los casos 2020-2021 departamento del Quindío---Pág. 49

Tabla 25. Desenlace según signos y síntomas de los casos 2020-2021 Quindío-Pág. 49

Lista de figuras

Figura 1: Mapa Conceptual pregunta problema -----Pág. 10

Figura 2. Ciclo de la multiplicación celular-----Pág. 23

Lista de gráficas

Grafica 1: Frecuencia de casos de grupos etarios en el departamento del Quindío 2020-2021-
-----Pág. 41

Grafica 2: Comportamiento del COVID-19 en el departamento del Quindío a través del tiempo-
-----Pág.43

1 INTRODUCCIÓN

El COVID19 es un padecimiento producido por un coronavirus desconocido llamado SARS CoV2. La Organización Mundial de la Salud reconoce la aparición de este nuevo virus el 31 de diciembre de 2019, Causante de un nuevo tipo de neumonía viral reportados en Wuhan, República Popular de China. Posterior a dicho diagnóstico el agente causal mencionado se propagó de manera exponencial por todo el mundo y fue declarada pandemia en marzo de 2020 y esta enfermedad generó un cambio no previsto en la forma de relacionarnos como especie humana, los encuentros sociales y las aglomeraciones se convirtieron en focos de contagio. Las escuelas, los negocios, y demás sitios que propiciaban la transmisión de la enfermedad fueron cerrados o se implementaron el aforo como medida de salvataje, para evitar la propagación del virus y por ende la enfermedad

En los últimos tiempos tres coronavirus zoonóticos, han causado enfermedades letales en los humanos, el síndrome severo respiratorio agudo -1, el síndrome del Oriente medio respiratorio y el SARS-CoV-2, los CoV de la familia Coronaviridae, son un grupo de virus de ARN envueltos que pueden afectar animales, incluyendo al hombre; la genómica del SARS-CoV-1 tuvo mucha similitud con el SARS-CoV-2, detectada en murciélagos; estos tres virus pueden presentar cuadros clínicos desde asintomáticos hasta graves; los adultos mayores de 70 años con comorbilidades fueron el grupo de mayor riesgo, hospitalización, ingreso a la UCI y muerte en los EE.UU. Más de 106 millones de casos confirmados y 2,3 millones de muertes, por coronavirus se han presentado hasta febrero del 2021 en todo el mundo.

Con el progreso del virus, se han identificado muchas más variantes, en septiembre del 2020 se detectó la primera variante B.1.1.7 (VOC-202012/01), seguida de la B.1.1.351(501Y.V2) y P.1 (VOC202101/02), con 17 mutaciones únicas, mencionadas inicialmente en Reino Unido, Sudáfrica y Brasil, aumentando rápidamente su transmisibilidad y ligeramente sustituyendo su linaje existente, mientras otras comparten mutaciones drásticas en la proteína S RBD. Una de las primeras variantes descritas fue un tipo de mutación en el cual se pierde material genético en la unión con el S1/S2 de la proteína S. En cuanto a las variables virales existe la posibilidad de transmisión especie humana-animales del SARS-CoV-2 y desde este último hacia la raza humana dando origen a una nueva variante exponencialmente patógena para la especie humana.

La SARS-CoV-2 se transmite por vía respiratoria, fómites, fecal oral y materno fetal, siendo la vía respiratoria la transmisión principal por gotas, que se propagan hasta dos metros al hablar, toser o estornudar, quedando suspendidas en el aire como aerosoles, en fómites el virus puede sobrevivir horas o hasta 5 días según la superficie, así como el ARN viral en las heces generado en los inodoros. El virus ingresa al cuerpo a través de la nariz, la boca, ojos y con mayor afinidad en las células con receptores de enzima convertidora de angiotensina, que se hallan en la membrana citoplasmática pulmonar AT2. Los síntomas más usuales del COVID-19 son fiebre, tos, fatiga, odinodisfagia, cefalea, disnea y pérdida del olfato y gusto, como también complicaciones neurológicas, la carga máxima viral de 2,5 días previos a la aparición de síntomas.

Con la aparición de este nuevo virus se alteró el estilo de vida y mediante las vacunas se logró una aparente normalidad se pretendió poner a disposición de la población en general una vacuna segura y eficaz. Estas vacunas se diseñaron para inducir inmunidad y llegar al individuo no vacunado; se debió garantizar la continuidad en la cadena de transporte y distribución de estas hasta el eslabón final cuales la población susceptible. Se buscó alcanzar inmunidad colectiva y esta dependió de muchos factores a saber el número de variantes o cepas virales al lograr controlar su aparición y circulación mediante las vacunas, esta acción disminuyo el número promedio de casos secundarios producidos por un caso infectado. Se estimó que R_0 está entre 2,5 y 3,5, por lo que se estima que el 60-72% de la población necesitará vacunarse para lograr la inmunidad.

Se realizó una investigación a través de la cual se determinó el comportamiento demográfico epidemiológico y clínico de la COVID 19 en el departamento del Quindío por grupos etarios entre el 2020 al 2021

2 PROBLEMA

2.1 Planteamiento del problema

Al término del doceavo mes del 2019 en Wuhan (Hubei) China, la comisión de sanidad de la ciudad, realiza un comunicado en el cual se notifican 27 casos de una neumonía atípica de etiología desconocida que inició el 8 del mismo mes. Se consideró que estos casos provenían de una exposición en un mercado de animales vivos; para el día 7 de diciembre de 2019 las autoridades sanitarias de China realizan el reconocimiento de un tipo nuevo de virus de la familia Coronaviridae el cual nombraron Coronavirus tipo 2, que ocasiona el brote de síndrome respiratorio agudo severo SARS-CoV-2 (por sus siglas en inglés severe acute respiratory syndrome coronavirus 2), la OMS declara el brote como una emergencia internacional, ya que al 30 de enero se habían presentado 9.700 casos confirmados en china y 106 en otros países (1).

El mecanismo de transmisión de este nuevo virus es por medio de gotas respiratorias, contacto con secreciones mayores a 5 micras de tamaño y aerosoles menores a esta medida. Teniendo en cuenta esta situación, la OMS enfatiza sus esfuerzos de prevención en acciones que reduzcan el contacto con este tipo de partículas, se hace entonces campañas intensas de educación y sensibilización en el lavado de manos, el uso de tapabocas y máscaras faciales, todo aquel elemento que evite el contacto directo con los líquidos o fómites que contengan el microorganismo. Esta misma organización resalta la importancia de la salud pública como estrategias de planificación y contención de infecciones, ya que este virus se considera de fácil importación, diseminación y contagio, con una dispersión acelerada de casos (2).

Según los estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se consideró en sus inicios que el COVID – 19 (nombre dado al SARS-CoV-2) tenía un periodo de incubación entre 4 a 5 días con un intervalo desde el primero hasta el día 14, sin embargo, algunos informes indican que puede ser hasta el día 24 de contacto con un caso positivo, incluso un asintomático puede infectar de 2 a 2,5 personas, también se mostró que este microorganismo causa cuadros clínicos que van desde incipientes o leves tratados en casa, pasando por moderados que requieren hospitalización en salas especiales con aislamiento respiratorio y de contacto hasta los graves o severos de ingreso a UCI que pueden llevar a la muerte con síntomas como fiebre mayor de 38°C, dificultad respirar y tos (3).

En Colombia el 6 de marzo de 2020 se identificó el primer caso de COVID –19 en la ciudad de Bogotá, sucedió con un individuo procedente de Italia, para ese tiempo no se tenía restricción en cierre de fronteras, además al momento de la

investigación la usuaria llegó sin síntomas, consulto porque una compañera de viaje resultó positiva en su país natal México, trabajo exhaustivo del centro de operaciones de emergencias en salud pública del instituto nacional de salud, posterior a la declaración de pandemia el 11 de marzo del 2020, por OMS, el presidente de la república de Colombia declarada el 23 de marzo cuarentena a nivel nacional, como el cierre de eventos masivos, implementación de medidas preventivas (4).

Además de la alta mortalidad que se ha presentado por COVID-19, se suman las variantes emergentes que se detectaron en todo el mundo. La OMS las clasifica como variantes de preocupación (VOC) ejemplo Alfa (B.1.1.7), Beta (B.1.351), Gamma (P.1), Delta (B.1.617.2) y variantes de interés (VOI), denominadas Eta, Iota, Kappa, Lambda, etiquetadas como el alfabeto griego, para identificación del personal no científico; la variante del Brasil (Gamma), fácilmente tuvo un ingreso a Colombia por compartir fronteras limitando al norte con los departamentos del Caquetá y Vaupés y al noroeste con el departamento de Putumayo, y así se diseminó rápidamente por el país, llegando al departamento del Quindío a comienzo de agosto del 2021 (5).

Aproximadamente todos los casos nuevos de SARS CoV2, son la variante delta, aunque el número de casos aumento, la tasa de incremento es más lenta. En el Reino unido los casos están se acrecienta rápidamente, especialmente en grupos de edad más jóvenes, una gran cantidad de los cuales no se encuentran vacunados, pero de igual forma se promueve la vacunación a dicha población; el abordaje a las barreras y la aceptación es una tarea difícil que requiere una captación e intervención adecuada y concreta, a través de campañas de sensibilización adaptada como una estrategia para lograr mayor cobertura en la comunidad, disminuyendo el impacto de las complicaciones y mortalidad asociadas al virus, es sumamente importante como parte del cuidado de la familia (6).

Con base a la evolución que tuvo el virus SARS CoV-2, surgió la necesidad de analizar el comportamiento epidemiológico: Incidencia, mortalidad y letalidad de la enfermedad, las variables clínico-sociales y epidemiológicas de los diferentes grupos poblacionales, sexo y edad; el aumento en el número de casos en individuos con comorbilidades, población vulnerable de alto riesgo, se logró establecer medidas de cuidado y prevención de transmisión de la enfermedad en estos grupos poblacionales y comunidades en riesgo, también se adoptaron barreras de seguridad en las diversas formas de relacionamiento humano que sustentaron su efectividad en estudios posteriores, Se realizaron además investigaciones para nuevas pruebas serológicas y se buscaron biológicos que prevengan el desarrollo de síntomas y la ocurrencia de enfermedad grave en la población susceptible

2.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es el comportamiento demográfico, epidemiológico y clínico del COVID-19 en el Departamento del Quindío, por grupos etarios?

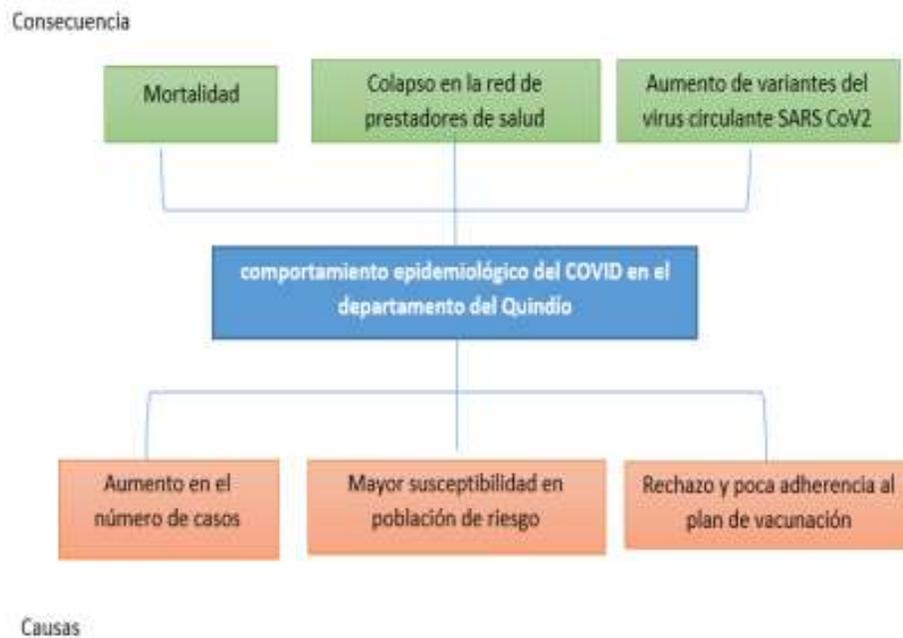


Figura 1: pregunta problema

3 JUSTIFICACIÓN

El Sar-CoV-2 tiene una gran relevancia a nivel mundial, para junio del 2021 había superado 178 millones de casos y más de 3 millones de muertos, siendo una zoonosis, proveniente del murciélago, hospedero que llevó a la introducción del virus al ser humano; este presenta una envoltura lipídica; con proyecciones en la capa externa que permiten un acople fácilmente en las células que poseen receptores para la enzima convertidora de angiotensina tiene un genoma ARN de cadenas sencillas presentes en las células susceptibles para infecciones respiratoria que lo hace altamente contagioso; conforme se realicen más estudios de biología molecular se revelaran nuevas teorías relacionada con la supervivencia, contagio y mutaciones virales directamente relacionadas con la fisiopatología de este agente patógeno (7).

Teniendo en cuenta las múltiples variables que favorecieron de manera exponencial la diseminación del agente causal Sars-CoV-2, llegada del año nuevo chino, migración de los individuos de dicha nacionalidad que retornaron a su país, el desconocimiento del agente causal, sintomatología clínica de la enfermedad, los cambios climáticos que generaron confusión ante un posible brote de influenza, el hermetismo de las autoridades chinas para dar a conocer la ocurrencia de nueva enfermedad, la desinformación por parte de las redes sociales y medios tecnológicos que sustentaban teorías conspirativas, la salida de población china al resto del mundo fue el detonante que ocasionó la diseminación masiva del virus, rebasando fronteras, nacionales, internacionales y continentales, en pocas palabras ocasionando la pandemia (8).

La aparición de esta patología ocasionada por el Sars-CoV-2 ha identificado la necesidad de agrupar datos estadísticos concretos y adecuados, en el análisis de tendencias y comportamiento de la enfermedad; lo que presupone un gran reto para todos los sistemas de vigilancia en salud pública, ya que al unificar esta información con la distribución geográfica, social y cronológica permite generar y ampliar criterios, acciones de carácter macro y micro poblacional enfocadas al control de la enfermedad, con este repositorio universal de información se puede conocer en tiempo real las fluctuaciones de la enfermedad en las variables descritas, impactando positivamente la sensibilización de toda la comunidad científica trabajando en pro de la humanidad (9).

El sistema de salud pública realiza un trabajo arduo en articulación con otros actores, que contribuyen a mitigar, controlar y prevenir la Covid-19, cuyas acciones se soportan con evidencia científica obtenida de estudios agrupados en revisiones sistemáticas, que argumentan las siguientes apreciaciones identificación temprana de casos, aislamiento de contactos estrechos y cercanos son efectivos para cortar cadenas de transmisión, el distanciamiento social uso

de mascarillas en toda la comunidad aunado a otras medidas que disminuye la presencia de nuevos casos, el uso de elementos de protección personal en el sector de la salud favorece la disminución del contagio (10).

He de ahí que las actividades realizadas por la Salud Pública en trabajo mancomunado con otras áreas incluyendo el sistema de salud; cada país ha contribuido a la identificación de los factores predisponentes de la diseminación de la enfermedad, creando estrategias de contención y de prevención, ante la mutación del virus SARS-CoV-2, que cada vez complicaba más la situación que vivía la población a nivel mundial; la vacunación, el establecimiento de normas y protocolos son un ejemplo de la unión de los diferentes entes para proteger a las comunidades más vulnerables de contagiarse y morir, a su vez permiten entender que la aplicación del biológico es un proceso nuevo que se encuentra en mejoramiento continuo y adaptación a nuevas presentaciones del virus (11).



4 ANTECEDENTES

En el hospital de Wuhan Jinyintan China en 2020, se realizó una publicación con el objetivo de afianzar las características clínicas y epidemiológicas del SARS CoVa 2 con neumonía a través de un estudio retrospectivo donde se incluye 99 pacientes con reporte de RT-PCR positivo a partir de los 14 años. Como resultado se identificó que el 49% habían estado expuestos al mercado de mariscos, la media fue de 55,5 años, predominio del sexo masculino, y el 51% de las personas tenían comorbilidad y descenso en linfocitos del 35%, los síntomas más específicos fueron fiebre, tos y dificultad respiratorio; en hallazgos radiológicos la neumonía bilateral fue la más específica con un 75%, presentaron SDRA el 17% y entre ellos el 11% empeoró rápidamente y murieron, la adultez y las enfermedades de base pueden asociarse a mayor mortalidad como también las infecciones por bacterias y hongos (12).

Otro estudio realizado por Caizheng Yu (2020), describen las características epidemiológicas y clínicas de pacientes internados con COVID-19 en el Hospital de Tongji en Wuhan, se incluyó en la investigación 1663 personas con RT-PCR positivo, utilizando la regresión logística multivariada para indagar la asociación entre los posibles factores de riesgo en la gravedad. La media para la edad fue de 64,0 años, solo el 0,7% estuvo expuesto al agente causal en el mercado de mariscos, mientras el 7,4% fueron infectados por familiares, 39% presentaban alguna comorbilidad y linfocitopenia al ingreso de 51,1 %, los síntomas más comunes fueron fiebre (85,8%), seguido de la tos (36.0%), el 10,2% fallecieron y en relación de los casos graves, la edad avanzada, las comorbilidades, la consulta tardía pueden ser un desencadenante para la mortalidad (13).

Los principales países de Asia, también se vieron afectados por el SARS CoV2, con más de 33.9 millones de casos confirmados y 1,01 millones de muertes a nivel global después de septiembre 2020, una investigación por (W. Khana 2020), a través de una revisión bibliográfica, centrados en la tasa de mortalidad y casos confirmados, desde febrero a septiembre del 2020, identificó que el número mayor de muertes se presentó en Irán con un 5,73%, seguido de Indonesia con 3,77%, el menor número de fallecidos fue Arabia Saudita con 1,39%, el 80% de los fallecidos fueron adultos mayores, con comorbilidades el 75%, incluida la diabetes y afección cardíaca; en Pakistán se informó un total de 301481 casos y 10,4% (n=333) de casos activos (14).

En la búsqueda de crear estrategias contra el nuevo coronavirus que reduzca la comorbilidad, transmisión, sobrecarga en las entidades de salud y situación económica de la población; en España 2020, Marcos Matabuena et al, investigan la orientación en modelos matemáticos que pueden ser definitivos en la toma de

decisiones y predicción sobre la rapidez, la forma con que se propaga un virus y también la clasificación del riesgo en la comunidad; que ayuden con el pronóstico a partir de búsquedas electrónicas. Los sesgos en la información, reseñas pérdidas, se puede presentar por datos con métodos observacionales. A esto se suma la captación de casos, diagnóstico de laboratorio y médico que puede tener errores relevantes en la información por falta de datos o ingreso al sistema de información (15).

En España también se presentó controversia por la información, realizaron un paralelo de mortalidad tasa observada en el año 2020 en proyección al año 2008-2020, el exceso de muerte para el 2020 (brote) se evaluó con el recuento de muertes observadas menos las proyectadas, con un método Bayesiano que formula una distribución de la probabilidad a través de Poisson y binomio negativo, el total de las defunciones en las 17 regiones de España 2020 fue de 499104, mientras que los modelos de espacio- temporal para el mismo tiempo fueron 426,970 con diferencia de 72,134 muertos, distribución geográfica fue muy diferente para cada territorio, el estudio también evaluó, la afectación por grupo de edades, sexo y tiempo donde fue más notoria la diferencia (16).

Se han realizado múltiples intervenciones de salubridad pública en todo el mundo para amainar la difusión de la (COVID-19). Esta revisión sistemática es valorar las intervenciones de salubridad pública implementadas para controlar la propagación de la COVID-19. se realizó sistemáticamente una revisión en PubMed, Science Direct y MedRxiv se tuvieron en cuenta publicaciones relevantes cuasi experimentales, ensayos clínicos, estudios de cohortes, longitudinales, casos y controles, el impacto de las medidas de salubridad pública implementadas para alertar y controlar la difusión de esta patología 2019. Y estas soportan con fuerte evidencia científica que el distanciamiento social, uso de tapabocas, lavado de manos, las no aglomeraciones además de las restricciones fronterizas y el confinamiento en conjunto controlan la propagación de la enfermedad (17).

Las medidas no farmacológicas también son útiles en compañía de medios diagnósticos, otro estudio relacionado con la miocarditis fue hecho con el uso de imágenes no invasivas y pruebas de laboratorio de rutina para diagnosticar la patología, presentada en dos adultos de miocarditis fulminante confirmada histológicamente, se insinúa que se había desarrollado en las 2 semanas posteriores a la vacunación con mRNA 1273 para Covid-19, pero no se pudo establecer una razón definitiva porque no realizaron pruebas de genomas virales o anticuerpos en las muestras de tejido. Sin embargo, no hay otras justifique o avalen dicha hipótesis (18).

El virus se propagó durante los primeros meses de 2020 rápidamente por todo el mundo, especialmente en los Estados Unidos. A mediados de julio de 2020, EE. UU. Había más 3 millones de casos de COVID-19 y casi 140.000 muertes hasta esa fecha no existían opciones farmacéuticas de prevención o tratamiento. Por

lo tanto, solo se tomaron medidas preventivas tales como el lavado de manos con frecuencia, contacto cercano con otras personas, máscaras cubre bocas, cubrirse al toser y estornudar y limpiar y desinfectar superficies dando espera para que se desarrollará la vacuna para lograr la protección y dar inmunidad a toda la población en tiempos de crisis de salud pública a pesar de todos estos nuevos cambios que vienen surgiendo cada día se evoluciona y se tiene información nueva acerca de la SARS-CoV-2 (19)

Entre otros artículos realizados en Cuba se describió el comportamiento de 20 casos positivos para COVID-19, con criterios de inclusión RT-PCR positivo, edad, sexo, estancia en unidad de cuidados intensivos, estado de egreso, comorbilidades, complementariedad, relación epidemiológica, uso de ventilador. complicaciones, síntomas dominantes, farmacoterapia, puntuaciones APACHE II y CONUT. Siendo un estudio observacional y descriptivo cuyo resultado mostro que la edad promedio oscilaba entre los 45 y 64 años con mayor afectación en el sexo masculino, promedio de una estadía entre 10.5 días – 5,5 días, los síntomas más marcados fiebre con 55%, tos 25%, disnea 20% y esta se asocia al aumento permanencia en UCI, aplicando la escala de evaluación de APACHE II, enfermedades de base. Así hasta el 13 julio del 2020; 185 países confirman 12.795.963 casos (20).

En otra investigación, Cuba tiene como fin identificar factores de riesgo asociados a la muerte al final de la permanencia hospitalaria con diagnóstico SARS CoV-2, un enfoque de investigación analítica, observacional, retrospectiva, con población mayor de 18 años, con laboratorio (PCR) positiva para COVID-19, dictamen entre marzo y octubre de 2020, en 41 hospitales del país, se tomaron las variables de sexo, edad, comorbilidades y factores de riesgo. Dentro del resultado se incluyeron 5.490 pacientes, se recuperaron 5366 (97,7 %) y fallecieron 124 (2,3 %), los más afectados fueron mayores de 60 años con 921 (17,2%), en comparación a los jóvenes entre 18 a 39 años 2256(42,2%). Se constató una diferencia estadística significativa entre la edad promedio de los fallecidos (72,82 ± 13,8) y los egresados vivos (44,56), Las comorbilidades más frecuentes en los fallecidos fueron hipertensión arterial (47,6% vs 7,8%), diabetes (27,4% vs 2,4%) cardiopatía isquémica (14,5 % vs 0,9 %) (21).

Cuba en la búsqueda del saber, Lucrecia Cabrera et al (2021) en su investigación en pacientes pediátricos que se infectaron de SARS CoV-2, se estudió las características clínicas y epidemiológicas de un grupo de jóvenes menores de 17 años de forma descriptiva, transversal y retrospectiva, en 77 pacientes con variables como la edad, sexo e información de historias clínicas, también comparaciones entre el periodo de exposición y recuperación, se evidencio que en el sexo femenino predominó con un (54,5%) y los adolescentes (51,8%) y en menores con comorbilidades fueron 23 casos (22,8%) , siendo el asma la patología la patología más frecuente (10-13%) sin síntomas notorios , entre los síntomas más frecuentes rinorrea, cefalea, estornudos, fiebre y anosmia , con manifestaciones clínicas muy leves no se presentaron fallecidos (22).

Mientras que en Brasil también presenta preocupación por la situación, realizan investigaciones que calculen la variedad de las curvas epidemiológicas y la aceleración de la enfermedad a causa de la situación sociodemográfica, Se demostró que los métodos de interpolación de polinomios se pueden utilizar para calcular y obtener un resultado preciso del número del crecimiento diario de casos y muertes por la COVID-19, reflejando que el país se encuentra en un incremento superior, picos de casos, aceleración y pico de fallecidos, se asocia a la desigualdad económica y los bajos recursos con los que cuenta la población, pero no se correlaciona con el producto interno bruto del estado, esto puede verse relacionado con fallas en las políticas y desacuerdos con el sistema de vigilancia en salud pública (23).

Las comparaciones entre los países agrupados en este estudio no revelan patrones proyectados consistentes, la tasa de mortalidad es rápida y alta en los ancianos dependientes de la patogenicidad del virus, susceptibilidad de la población número de pruebas por millón de personas, lo que presupone que la incidencia de nuevos casos puede estar subestimada por la dificultad diagnóstica en algunos países, en países como España y Alemania, las tasas de mortalidad varían mucho entre los mayores de 65 años y período epidémico similar. Esta tasa de mortalidad depende de la habilidad identificar casos y muertes; siendo dos formas diferentes de captación de casos: Escala y el impacto tipificado en los perfiles poblaciones, factores socioeconómicos y el medio ambiente o el acceso a la atención de la salud Se hace necesario mejorar los procedimientos de vigilancia epidemiológica. Para corregir esta subestimación, en áreas con una mortalidad relativamente alta, este valor se puede utilizar como factor de corrección (24).

En un estudio observacional retrospectivo realizado en Paraguay, en un departamento del país, se caracterizaron los datos de las fichas epidemiológicas y clínicas del reporte de pacientes sintomáticos, de las cuales el laboratorio procesó 4855 muestras desde agosto a octubre del 2020, a través de la prueba de RT-PCR, Con 1754 casos confirmados para COVID-19, tomaron de referencia las variantes de sexo, edad, por grupos etarios, se tuvo muy en cuenta el personal de la salud, las enfermedades de base respiratorias, neurológicas, gastrointestinales entre otras; dentro de las hospitalizaciones, el ingreso a la UCI, asistencia respiratoria mecánica y el egreso recuperado o muerto, el 48,5% de los casos fueron de sexo femenino, el 16,5 % eran personal de salud, el 77,3% presentó tos y cefalea, el 18,9% fue hospitalizado y el 7,3% falleció y el riesgo de muerte estuvo relacionado con el sexo y la edad (25).

El análisis de datos de población puede ayudar a comprender nuevas epidemias, incluso teniendo en cuenta posibles sesgos y limitaciones de estos estudios. El hallazgo más importante de este estudio es que la globalización de la economía requiere sistemas de vigilancia epidemiológica mucho más eficientes, incluye mejoras tales como la detección de casos y análisis de datos. La alta tasa de mortalidad en España y las diferencias entre Comunidades Autónomas indican una subestimación de casos y señalan una necesidad fortalecer y coordinar la

vigilancia y detección epidemiológica problema evidenciado con la llegada del COVID 19 se hace necesario planificar y preparar actividades de respuesta en salud pública y poder intervenir eficazmente con acciones concretas, menos lesivas para la salud y la economía Global (26).

La epidemiología de los casos de COVID – 19 diagnosticados en albergues sanitarios del gran Asunción, Paraguay (2020) En América del Sur, el primer caso notificado ocurrió en Brasil en febrero y en el país de Paraguay el 7 de marzo, Uruguay 13 de marzo y en todos los países tomaron medidas ya mencionadas anteriormente, Previniendo así la propagación de la epidemia. Aunque las acciones de los gobiernos son similares, cada país tomo acciones diferentes, pero todas con el mismo enfoque evitar la propagación del virus, por ejemplo, en Uruguay, las medidas menos restrictivas que en otros países, ya que la distribución personas y actividades de industrias y pequeñas empresas estas medidas ayudaron a retrasar un poco el pico de la pandemia. Después en Paraguay se presentó el primer caso y fueron el primer país en saltarse las directrices de la OMS ya que para esa fecha se estaba en cuarentena, se creó el aislamiento y también crearon albergues sanitarios decreto No 3526/2020 por el cual el ministerio de salud pública autoriza la creación de los mismos (27).

Adoptar el modelo logístico para la primera ola de COVID-19, agrupa a los 20 países con mayor producto interno bruto (PIB). Método: Usa la plantilla Para calcular el crecimiento con base a la logística, tiene en cuenta los siguientes parámetros: el número acumulado de casos (C), el tamaño final del brote en un brote (K), la tasa de crecimiento (r) y tiempo de flexión (\ddot{y}). El resultado: Brasil tiene la mayor cantidad de casos y muertes, Estados Unidos tiene un número de casos absolutos. Corea del Sur muestra el punto de inflexión más bajo en 15,3 días, mientras que el punto más alto es Indonesia con 213,9 días. en el análisis entre la cifra de casos sumarios y el número de casos acumulados (/100 mil habitantes) obtuvieron una asociación positiva significativa ($r = 0,629$ y $p = 0,003$); ($y = 0,532$ y $p = 0,016$). El registro del comportamiento de la epidemia a través de modelos matemáticos permite determinar la propagación de la epidemia (28).

En Colombia se evaluó el desempeño del sistema de vigilancia en salud pública durante los primeros 50 días de la pandemia de COVID-19 en el país. La vigilancia en salud pública es una herramienta útil para la monitorización de enfermedades, particularmente las infecciosas, este tipo de iniciativas dieron origen a estrategias preventivas como la cuarentena, la detección temprana de casos y el aislamiento con el paso de los años, dicha vigilancia se ha ido refinando hasta convertirse en un elemento esencial, en el país la vigilancia en salud pública no es ajena a desarrollar ciencia y tecnología y básicamente seguir la estrategia. La epidemiología de campo ocurrió en Colombia en 1993, cuando se fusiono el grupo del Instituto Nacional de Salud (29).

Es un estudio de cohorte retrospectivo en la población colombiana entre el 6 de marzo y el 8 de julio de 2020, con los datos reportados al Instituto Nacional de

Salud. El análisis de supervivencia se realizó considerando los resultados de la PCR en tiempo real, muertos o recuperados, el inicio de los síntomas hasta la fecha de la muerte o el tiempo final de la cohorte. Con el fin de determinar la mortalidad y supervivencia de los casos de COVID-19 en Colombia entre marzo y julio de 2020; La tasa de supervivencia general fue del 100%, 98%, 97% y 95% para los días 1, 10, 20 y 30, respectivamente, La edad más frecuente con la infección fue la de mayores de 30 años con predominio de sexo masculino y el mayor número de casos presentados fue en la ciudad de Bogotá (30).

Las pruebas rigurosas y divulgadas siguen siendo un componente crítico de las estrategias para contener esta pandemia. Los gobiernos están priorizando la salud pública, pero el procedimiento actual y el aislamiento social, es costoso ya que el comercio sigue cerrado. Esta pandemia mundial ha acentuado la necesidad de comprender cómo es que sobrevivimos a las infecciones y por qué esto puede ser dispar de la forma en que a menudo pensamos sobre el tratamiento de enfermedades infecciosas. Se evidenció que, al 10 de agosto de 2020, el grupo etario que presentó mayor tasa de mortalidad es el de 90-99 con 338 muertes por cada 100.000 habitantes, seguido del grupo entre 80-89 con 335 muertes por cada 100 habitantes (31).

Las medidas de aislamiento son fundamentales durante la contención de la pandemia de COVID-19 tanto en países de ingresos altos, bajos y medianos. Se evaluó el logro e impacto de las medidas de contención que influyen en la curva epidémica de COVID-19 en nueve países, con selección de 4 con altos y 5 con bajos ingresos para valorar la asociación utilizando el análisis de series de tiempo interrumpido del número diario de casos y muertes por COVID-19, se consideró las medidas de contención estrictas en cada país; y el nivel de cumplimiento exigidas por los gobiernos como los datos sobre movilidad humana. La India, Nepal y Colombia tuvieron el confinamiento más estricto. Pero la curva endémica y análisis temporales, demostró que las medidas de contención fueron más exitosas en los países con ingresos altos como Alemania e Italia (32).

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Determinar el comportamiento demográfico, epidemiológico y clínico del COVID 19 en el departamento del Quindío, por grupos etarios, entre el 2020 y 2021

5.2 Objetivos específicos

- Caracterizar demográficamente los casos diagnosticados con la patología de estudio.
- Identificar las condiciones epidemiológicas en la población estudiada.
- Establecer el comportamiento en la población de estudio.
- Relacionar los aspectos sociodemográficos y el desenlace del paciente que padecieron COVID.

6. MARCO TEÓRICO

6.1 Definición del COVID 19

Nueva patología de etiología viral (SARS CoV2). La OMS conoció por primera vez la existencia de este nuevo virus el 31 de diciembre de 2019, un grupo de casos de «neumonía vírica» que se habían declarado en Wuhan. Los síntomas más habituales de la COVID-19 son: fiebre, tos seca, cansancio, disgeusia, anosmia, conjuntivitis, cefalea, mialgias, artralgias, disnea, entre otros, los síntomas gastrointestinales como dolor abdominal, náuseas, emesis y diarrea pueden preceder los síntomas respiratorios, también se pueden dar complicaciones multisistémica, cerca del 80% se recuperan satisfactoriamente sin requerir tratamiento hospitalario, el 15% desarrollan síntomas graves y el 5% requieren UCI (33).

6.2 Periodo de transmisión e incubación del COVID-19

El modo de transmisión predominante de esta enfermedad se da por la exposición a partículas respiratorias generadas al toser, hablar o estornudar que pueden viajar a una distancia no mayor a 1.8 metros y permanecer en el ambiente suspendidas o en fómites. Existe una fase de transmisión presintomática cuyas características resultaron de una investigación prospectiva en pacientes con casos confirmados por laboratorio de COVID – 19 donde el individuo positivo transmitía la enfermedad a su grupo familiar o social dentro de los primeros 6 días de inicio de los síntomas, otros estudios revelaron que se presentaba mayor infección entre los días 2 y 3 del inicio de síntomas. Se evidencia que la transmisión del microorganismo está directamente relacionada con la duración, el tiempo y el tipo de exposición donde se presente el contacto, como ambientes cerrados y poco ventilados (34).

En relación a la posible transmisión vertical del virus no existe evidencia contundente que sustente los casos presentados en neonatos donde la madre contrajo la enfermedad una semana antes del parto, esta forma de transmisión conserva una tasa de - 2.5 % con relación a otras formas de contaminación. rara vez se analiza muestras de la placenta y de la inmunoglobulina IgM neonatal, por lo tanto, si la infección se produce no parece verse afectada por el modo de nacimiento o el método de alimentación; por otra parte, se ha documentado la presencia del Coronavirus en la leche materna mediante la detección del ARN viral por reacción en cadena de la polimerasa, no se determina si esto se traduce en virus viable o en ácido nucleicos residual degradado, se requieren más estudios los datos para saber la transmisión vertical de COVID-19 a través de la lactancia materna (35).

Se ha establecido que el periodo de incubación de la enfermedad varía entre 4 a 5 días y puede extenderse hasta los 14 días también se observa que el 50% de estas personas desarrollan síntomas después del día 5 de haberse contagiado.

Actualmente se han modificado estos datos y establecido nuevas normas para el aislamiento basados en la etapa del proceso de vacunación y se ha reducido este tiempo a 7 días. La transmisión de persona a persona para la infección por COVID – 19 se ha podido documentar de forma exitosa, se ha explicado que la propagación de la enfermedad está relacionada a la presencia de glicoproteínas del virus en el tracto respiratorio inferior, esto explica los pocos síntomas de la enfermedad a nivel del sistema respiratorio superior. Con el fin de proyectar complicaciones respiratorias es relevante tener en cuenta otras pruebas tales como exámenes cardiovasculares, pruebas de sangre donde se valoren la creatinina, la deshidrogenasa láctica, la proteína C reactiva y otras ayudas diagnósticas como las radiografías de pulmón o en algún caso las tomografías de la misma área (36).

6.3 Fisiopatología COVID-19

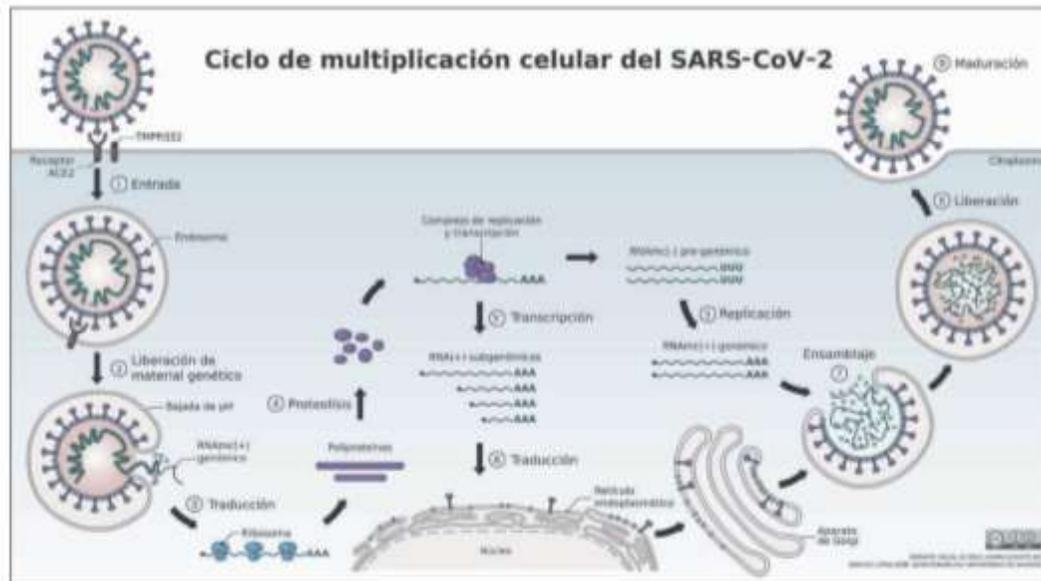
El microorganismo causal es SARS COV2 y se transmite principalmente a través de gotas Flügge, contacto con superficies contaminadas, fecal-oral y aerosoles que ingresa al organismo a través de la mucosas oral, ocular, digestiva y/o nasal se ancla fijándose porque su pared externa posee proteínas en forma de “lanzas” y que atraviesan la membrana celular e inicia su replicación, dejando afectada la célula iniciando una nueva replicación viral en células sanas y con base al sitio de ingreso el sistema inmune crea una respuesta inflamatoria y se desencadena sintomatología con base al órgano afecto dolor y congestión de garganta, después tos, fiebre y otros síntomas, la primera es la fase de viremia (5 a 14 días) la segunda fase (neumonía) y síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y pulmonar (37) (38).

Los CoV o coronavirus en su mayoría causan zoonosis y forman parte de la familia Coronaviridae divididas en dos familias Orthocoronavirinae y los Letovirinae. Los CoV tienen cuatro grupos principales: alfa, beta, gamma y delta. Los CoV alfa y beta afectan principalmente a los mamíferos y probablemente se originaron en los murciélagos, mientras que los CoV gamma y delta afectan y se originan principalmente en las aves. Su estructura consta de una cadena simple ARN en sentido positivo compactada a la proteína N, Envoltura viral: formada con dos componentes: célula huésped y proteínas del virus • Proteína S: permite el acceso del virus a la célula y se une al IECA2 siendo inmunogénica (39).

Proteína E: proteína facilita el desarrollo viral impidiendo la respuesta inmunológica, le da estructura virus y es la responsable de su patogenicidad y liberación • Proteínas no estructurales (15) y accesorias (8). necesarias para la replicación y ensamblaje viral, En la endosoma se modifica el pH esto es ocasionado por los lisosomas, fusiona la membrana del virus con la del endosoma y se libera la nucleocápside al citoplasma celular; en el citoplasma las proteasas degradan la proteína N de la nucleocápside, se libera el ARN transcrito por los ribosomas en poliproteínas dando inicio a la replicación genómica y generación de nuevas proteínas que se expresarán en el retículo endoplásmico originando nuevo ARN viral fusionado a la proteína N que través del aparato de

mediante exocitosis es trasladada a la superficie celular (40).

Figura 2. Ciclo de la multiplicación celular



Ciclo de multiplicación celular del SARS-CoV-2. (De Vega Asensio - Own work, CC BY-SA 4.0,

Recuperado el 5 de septiembre de 2020.

Disponible en <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=88680380>.

6.4 Diagnostico COVID-19

La prueba más efectiva para diagnosticar la infección por COVID – 19 es la RT – PCR la cual permite detectar ácidos nucleicos, proteínas específicas y anticuerpos o defensas que genera el individuo contra el virus, esta prueba se realiza por presencia de síntomas, contactos estrechos o criterios epidemiológicos o clínicos. Se usa esta prueba en paciente con síntomas entre el 5 y 10 día de inicio de síntomas y los antígenos o pruebas rápidas se toman 14 días después del inicio de los mismo, se debe contar con una adecuada toma y procesamiento de la muestra para tener un resultado con calidad, como también la interpretación adecuada del resultado, teniendo en cuenta el tiempo de evolución y síntomas con mayor positividad entre el día 5 y 11 de inicio de síntomas (41).

Tabla número 1. Características pruebas para COVID-19

Utilidad	Qué elemento detecta la prueba	Metodología	Muestra	Nombre común
Detectar portadores del virus SAR CoV-2 y así definir manejo clínico oportuno y evitar contagios	Virus SAR CoV -2 Ácidos nucleicos	RP-PCR	Hisopado nasofaríngeo u orofaríngeo	PCR
	Virus SARS CoV-2 proteínas	Inmunocromatografía	Hisopado nasofaríngeo u orofaríngeo	"Antígeno " "Rápidas"
Detectar a las personas que han tenido contacto con el virus SAR CoV-2 pero no identifica quién lo tiene	Anticuerpos contra el SARS CoV-2	Inmunocromatografía	Sangre	"Serológicas" "Rápidas"

Nota: Tomado del Ministerio de Salud Protección Social 2020

Para enero de 2022 una directriz desde el Ministerio de Salud y Protección Social Colombiano se declara un cambio en el periodo de aislamiento y protocolos para toma de muestras COVID – 19 en vista de la nueva variable ómicron. Con el avance en las coberturas de vacunación con una sola dosis mayor 77% y refuerzo en los jóvenes, El aislamiento para las personas sintomáticas bajó a 7 días sin relacionar al estado vacunal, las pruebas diagnósticas quedaron exclusivas para adultos mayores de 60 años, menores de 3 años y personas con comorbilidades. También continúa con confirmación de nexos epidemiológicos, para el personal de la salud sintomático sin depender de factor de riesgo y estado vacunal se realiza la prueba con RT-PCR (42) (43).

6.5 Aspectos epidemiológicos y demografía COVID-19

La manifestación temporo-espacial del COVID19 en la especie humana, inicia por los países cercanos a China como epicentro de la pandemia, se reporta su por primera vez el 2 de febrero de 2020 filipinas reafirmo la primera muerte por COVID – 19, el 20 del mismo mes corea de sur confirmo más de 100 casos y 6 días después más de mil casos. Para marzo de 2020, Italia ratifico más de 10.000 casos confirmados, veinte días después, aumento a 100.000 casos. Para enero del 2021, esta infección se había desarrollado en 83.326.479 individuos y 1.831.703 murieron, En América, Estado Unidos evidencio una falta de preparación para hacerle frente a esta pandemia, para mayo del 2020, Nueva York había notificado 361.266 casos confirmados con 28.480 muertes (7.8%) esta tasa de mortalidad está muy por encima de la tasa mundial 6.75% para ese tiempo (44).

La actual crisis sanitaria pone en evidencia la necesidad de sistemas fuertes y oportunos de recopilación y difusión de datos, desagregados por edad, sexo y causa de muerte, al menos a nivel local. Fortalecer los sistemas estadísticos nacionales, que deben incluir medidas necesarias para fortalecer los registros los

sistemas de información en salud de la población y que logren producir información de alta calidad y brindar información en las áreas más pequeñas y poblaciones vulnerables. El Grupo de Trabajo de las Naciones Unidas sobre Identificación Legal recomienda que los países desarrollen medidas para corregir deficiencias y retrasos acumulados durante una pandemia, planes de contingencia, trabajar con los institutos nacionales de estadística para desarrollar y probar soluciones que aseguren el funcionamiento de los servicios de registro de población e información de salud en la región (45) (46).



Tabla número 2. Número de casos notificados de COVID-19 y defunciones Clasificadas por 100.000 habitantes 2020

Cuadro A.10
América Latina y el Caribe: número de casos notificados de COVID-19 y de defunciones clasificadas como COVID-19 por 100.000 habitantes, 2020^a
(Total y por cada 100.000 habitantes)

Región y países	Número de casos notificados de COVID-19	Número de casos notificados de COVID-19 por 100 000 habitantes	Número de defunciones clasificadas como COVID-19	Número de defunciones clasificadas como COVID-19 por 100 000 habitantes
América Latina y el Caribe	11 227 448	17,2	399 179	0,6
Antigua y Barbuda	127	129,7	3	3,1
Argentina	1 143 800	2530,8	30 442	67,4
Bahamas	6 644	1689,5	142	36,1
Barbados	236	82,1	7	2,4
Bolivia (Estado Plurinacional de)	141 484	1212,1	8 705	74,6
Brasil	5 494 376	2584,9	158 969	74,8
Belice	3 382	850,6	56	14,1
Chile	508 571	2660,4	14 158	74,1
Colombia	1 053 122	2069,7	30 926	60,8
Costa Rica	107 570	2111,7	1 357	26,6
Cuba	6 801	60,0	128	1,1
República Dominicana	126 332	1164,6	2 236	20,6
Ecuador	167 147	947,4	12 632	71,6
El Salvador	33 445	515,6	971	15,0
Guayana Francesa	10 425	3490,3	70	23,4
Granada	28	24,9	0	0,0
Guadalupe	7 742	1934,9	126	31,5
Guatemala	107 339	599,1	3 714	20,7
Guyana	4 098	521,0	123	15,6
Haití	9 054	79,4	232	2,0
Honduras	96 150	970,8	2 661	26,9
Jamaica	9 005	304,1	205	6,9
Martinica	3 818	1017,4	31	8,3
México	912 811	708,0	90 773	70,4
Curaçao	944	575,3	1	0,6
Aruba	4 472	4188,6	37	34,7
Nicaragua	4 424	66,8	156	2,4
Panamá	132 045	3060,3	2 678	62,1
Paraguay	62 050	870,0	1 373	19,2
Perú	897 594	2722,3	34 362	104,2
Puerto Rico	65 743	2298,0	820	28,7
Santa Lucía	76	41,4	0	0,0
San Vicente y las Granadinas	74	66,7	0	0,0
Suriname	5 197	885,9	111	18,9
Trinidad y Tabago	5 636	402,7	107	7,6
Islas Virgenes de los Estados Unidos	1 362	1304,3	21	20,1
Uruguay	3 044	87,6	57	1,6
Venezuela (República Bolivariana de)	91 280	321,0	789	2,8

Fuentes: Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020a), "WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard", 2020 [en línea] <https://covid19.who.int/> [fecha de consulta: 3 de noviembre de 2020] para los casos de COVID-19, y Naciones Unidas, *World Population Prospects 2019*, Nueva York, 2019 [en línea] <https://population.un.org/wpp/> para la población total.

^a Actualizado al 31 de octubre de 2020.

Se puede decir que en Colombia el 26 de febrero de 2020 se reportó el primer caso se trata de una joven que venía de Milán y consulta a la fundación Santa Fe porque una amiga había dado positiva para COVID en su país de origen (México). En ese momento las alertas de restricción de vuelos estaban enfocada en los provenientes de Asia, por esta razón los controles a los vuelos procedentes de Europa no se les cumplía protocolos, mientras el INS afirma que el primer caso se presentó el 6 de marzo 2020, el mismo caso de Milán, con la activación del plan de contingencia en el país, con reporte de casos nuevos en 96 naciones más entre ellos México, Ecuador, Brasil, Chile y Perú (47).

Colombia en relación con los determinantes socioeconómico, la incidencia y mortalidad por COVID-19, identifico mayor riesgo de fallecer en adultos mayores de 60 años, indígenas, afiliación al régimen subsidiado y bajo estrato socioeconómico, al 31 de marzo del 2021 se registraron 2.536.400 casos y 70,534 muertes y para noviembre 19 de 2021, se ha reportado para Colombia confirmados por COVID-19 .0042.822 casos y 128.013 fallecidos con un total de 52.756.342 dosis de vacunas, el país se encuentra por número de casos en la posición 40, a nivel mundial, con 98.324 casos por millón de habitantes y por tasa de mortalidad puesto 14 con 2,496% por millón de habitantes diabetes 2.47, enfermedad renal crónica 0.72, enfermedad cerebro vascular 0.19, enfermedad obstructiva crónica 0.82, obesidad 1.76, diabetes mellitus 2.76 , hipertensión arterial 8.58 (48).

6.6 Manejo clínico COVID-19

Manejo Ambulatorio

Un estudio que se realizó con 2.246 adultos que busca evaluar Nirmatrelvir con ritonavir la efectividad del tratamiento de los enfermos ambulatorios con COVID19 pacientes con riesgo leve a moderado para el tratamiento promedio de edad 46 el 51 % son varones con tratamiento ambulatorio y el 49% restante a féminas con diagnostico positivo para COVID confirmados por el laboratorio menor o igual a 5 días antes del aleatorización, con más de un síntoma e imágenes con signos radiológicos positivos para COVID Factores de riesgo como incluidos IMC mayor o igual 25 que corresponde al 81% de los pacientes, fumadores el 39%, hipertensos el 33% y diabéticos el 12% quienes iniciaron el tratamiento previo o igual al tercer día a la aparición de los síntomas de la patología y el 66 % de los pacientes mayor o igual al tercer día del inicio de la sintomatología con IgM negativa SARS-CoV-2 en el 6.2 % de los individuos que hacen parte del estudios y el 51 % positivos con viremia SARS-CoV-2/ml: 5.35 x registros de copias/ml. Los vacunados contra Covid-19 se eliminados de la investigación y la aquellos que no cumplían con los criterios antes descritos este estudio y concluyeron reduce el riesgo de hospitalización o muerte por COVID-19 por cualquier causa dentro de los 28 días posteriores al seguimiento que el placebo, con

una tolerabilidad más favorable y perfil de seguridad (49).

6.7 Manejo Intrahospitalario

Corticoides

En los primeros meses de la pandemia por COVID – 19, teniendo en cuenta experiencias anteriores de manejo para virus similares como (SARS – CoV1 y MERS) en donde no se recomendaba el uso de corticoides en forma sistémica puesto que en estos casos se aumentaba la excreción y aclaramiento del agente patógeno e incluso se aumentaron los fallecimientos e infecciones asociadas a la atención en salud en casos de neumonía por influenza tipo H1N1, no se inició el uso de estos fármacos para el manejo clínico del COVID – 19, solo hasta contar con los resultados del estudio RECOVERY realizado en Reino Unido que entregan datos importantes de beneficios de los pacientes con este diagnóstico tratados con terapia de corticoides. Los resultados del estudio fueron los siguientes: habitual (n: 4.321) o dexametasona 6 mg al día (n: 2.104) por hasta 10 días. La mortalidad a 28 días se redujo con un RR: 0,83 (IC 95% 0,74 - 0,92; $p < 0,001$; RRA: 3%; NNT: 33) en favor del grupo tratado con corticoides. Este beneficio fue mayor en sujetos en ventilación mecánica (RRA: 11,7%; NNT: 9) que en aquellos que requerían oxigenoterapia (RRA: 3,5%; NNT: 29), e incluso evidenciándose una tendencia a dañar en sujetos que no requerían oxígeno (mortalidad 17,0% vs 13,2%). En análisis por subgrupos se evidenció que los que más se beneficiaron fueron los hombres (RR: 0,80; IC 95% 0,71–0,91), menores de 70 años (RR: 0,64; IC 95% 0,53–0,78), y aquellos con más de 7 días de síntomas (RR: 0,69; IC 95% 0,59–0,80) (50).

Se realizó estudio retrospectivamente a 68 pacientes con COVID-19 que fueron tratados con diferentes regímenes farmacológicos Divididos en 4 grupos: el grupo de control presentó los resultados de las pruebas del paciente antes del ingreso se aplicaron protocolos de tratamiento; Grupo 1 pacientes tratados con anticoagulantes, hidroxiclороquina y antibióticos; grupo 2 en manejo con dexametasona; grupo 3 pacientes que recibieron Dexametasona y Tocilizumab el objetivo del estudio fue determinar la eficacia de agregar corticosteroides y Tocilizumab a los regímenes de manejo clínico estándar de pacientes con COVID-19 grave utilizando biomarcadores hematológicos y de laboratorio. Los resultados mostraron que los niveles de proteína C reactiva al ingreso en el grupo 3 fue mayor que en el grupo 1 en $p = 0,030$. Después de 10 días de tratamiento, los niveles de PCR disminuyeron en todos los grupos, pero en el grupo III fue estadísticamente significativo ($p = 0,002$). Por lo tanto, se concluye que la asociación con dexametasona y Tocilizumab con relación a los otros esquemas de tratamiento tiene diferencias estadísticamente significativas siendo promisorio la asociación de dichos fármacos para el manejo del COVID complicado (51).

En la actualidad, aún se está recopilando información para poder crear

tratamientos basados en la evidencia clínica, a la vez que el virus va mutando y adquiriendo nuevas características que lo hacen más fácil de contagiarse y más letal, pero también se ha podido evidenciar que aprendemos de los errores para tratar esta patología se ha recurrido a actividades en algún momento empíricas que poco a poco se van fortaleciendo con conocimiento de causa. Se tiene claro que en primera línea los corticoesteroides ayudan y reducen las probabilidades de ingreso a UCI y algunos retrovirales como remdesivir y Tocilizumab presentan menos eventos adversos graves. Se hace necesario continuar sin descanso la investigación en este campo (52)

6.8 Marco Contextual departamento del Quindío

El Departamento del Quindío, tiene doce municipios, Armenia, Calarcá, Salento, Génova, Pijao, Buenavista, Córdoba, Filandia, Circasia, Tebaida, Quimbaya, Montenegro; está ubicado en el centro - occidental del País, Limita con los departamentos del Valle del Cauca, Risaralda y Tolima, para el año 2020, de acuerdo a las proyecciones poblacionales del DANE con base en el censo de población y vivienda de 2018, presenta una población de 555.401, habitantes que corresponde al 1,103% de los 50'372.424 habitantes del total Nacional; la población urbana es el 87,91% (488.246) del total departamental, La razón hombre/mujer se presenta estable, mostrando que por cada 93 hombres hay 100 mujeres tanto en el 2015, como para el 2020. con corte al 30 de septiembre de 2020, donde los venezolanos que han ingresado a Colombia, suman un total de 1.715.831, concentrando en total 8.610 migrantes venezolanos, que corresponde al 0.50% del total en Colombia (53).

6.9 Marco conceptual

COVID-19. Patología viral causada por el género coronavirus, que incluyen enteritis transmitidas por aves, peritonitis infecciosa de felinos y gastroenteritis transmisible del cerdo. Género de la familia Coronaviridae que produce enfermedad respiratoria o gastrointestinal en una variedad de vertebrados. General o no especificado, Alpha coronavirus, Beta coronavirus, Delta coronavirus, Gamma coronavirus.

Demografía. La ciencia y la práctica relacionada con el análisis matemático y estadístico de los datos sobre la población, el tamaño, composición y distribución espacial, así como las causas y consecuencias de los cambios en la fecundidad, la mortalidad, los matrimonios y las migraciones (Traducción libre del original: Popline, 2002).

Epidemiología. La epidemiología es un área de la salud pública. recientemente incluido diferentes especialidades que ayuda a comprender la propagación de enfermedades, sus comportamientos y tendencias poblacionales. La palabra epidemiología proviene del latín Epi= Sobre y Logos tratado se define como el estudio de la población. cuyo principal objetivo es describir y explicar la dinámica de la salud de la población e identificar las relaciones causales asociadas al proceso “salud-enfermedad” a través de muy diversos métodos. A partir del siglo XX se empezaron a crear modelos causales, de los cuales se distinguen dos modelos principales: efecto monocausal y efecto multicausal y multiefectos, por un lado. Que agrupan los términos causa y efecto. Un modelo de causa única explica la llamada prescripción y acción en beneficio de las poblaciones que están o pueden estar afectadas por condiciones específicas, pero más enfocadas. Idealmente, el hecho de que exista la enfermedad el enfoque debe considerarse prevenible. Determinar los factores que provocan su desarrollo o están relacionados con él es el fin último de la investigación. Las acciones preventivas siempre serán más efectivas que las acciones correctivas. Para orientar los modelos nacionales de atención de la salud a la medicina preventiva, los epidemiólogos deben ser responsables de administrar la política de salud vigente, siguiendo estrictamente el avance del conocimiento y respetando en todo momento los principios éticos sociales. Tomado Epidemiología en tiempos modernos Alejandro Moctezuma-Paz^{1a}, Carlos Francisco Vázquez-Rodríguez^{2b}, Gloria Areli Benítez-González^{2c}, Patricia Solís-Chavez^{2d}, Nancy Canche-Kauil^{2e}, Juan Pablo Flores-Legorreta^{2f}, Yesica Hernández-Jiménez^{2g}, José Arturo Córdova-Fernández^{2h}, Elliot Gerardo Méndez-Vichique²ⁱ <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/02/1357916/4426-28068-1-pb-06-01.pdf>

Manifestaciones clínicas. Los signos y síntomas de la enfermedad por COVID19 pueden aparecer de 2 a 14 días después de la exposición al virus, el período de incubación es el tiempo que transcurre desde la exposición y el inicio de los síntomas los signos y síntomas más comunes pueden incluir: pirexia, tos,

fatiga, disgeusia, anosmia, disnea, mialgias, escalofríos, odinodisfagia, coriza, cefalea, , dolor en el pecho, conjuntivitis, náuseas, emesis, evacuaciones líquidas rash cutáneo tomado de Síntomas del COVID-19 - Anne Arundel County Departamento de Salud (aahealth.org)

Los descriptores en ciencias de la salud fue el vocabulario (DECS) que se utilizó para las palabras clave:

COVID-19, demografía, epidemiológicas manifestaciones clínicas



6.10 Marco normativo

Para la mayoría de los anteproyectos de investigación se considera importante exponer de manera corta y precisa, las normas en las cuales se soporta el proyecto. Estas deben ser las normas nacionales vigentes.

Tabla número 3

NORMA	AÑO	OBJETO
Res. 380	2020	Confinamiento y aislamiento de personas que provienen de Italia, China, Francia, España
Resolución 385	2020	Se decreta emergencia sanitaria
Resolución 453	2020	Suspensión establecimiento de comercio y bebidas.
Resolución 520	2020	Requisitos antisépticos
Resolución 521	2020	Atención Domiciliaria
Resolución 536	2020	Metodología para la atención de los servicios de salud durante la pandemia
Resolución 730	2020	Protocolos de investigación clínica con medicamentos
Decreto 476	2020	Establece nuevas medidas para evitar el COVID-19 y proporciona nuevas atribuciones temporales al INVIMA y el Ministerio de Salud
Resolución 777	2021	Protocolo de bioseguridad para actividades socioeconómicas y del estado
Decreto 039	2021	tiene por objeto regular el período de cuarentena selectiva y distanciamiento personal responsable que se aplicará en la República de Colombia, en el marco del estado de emergencia

		sanitaria por el nuevo coronavirus.
Resolución 313	2021	Por medio de la cual se modifica la Resolución 843 de 2020 se instauro el protocolo de bioseguridad para el manejo del COVID-19 en establecimientos penitenciarios y carcelarios

AREANDINA

7 METODOLOGÍA

7.1 Tipo de estudio

El estudio realizado es de tipo observacional descriptivo cualitativo retrospectivo para identificar el comportamiento demográfico, clínico-epidemiológico del COVID-19 en el departamento del Quindío entre el 2020 y 2021.

7.2 Población

60.270 casos confirmados de covid-19 en el Departamento de Quindío

7.3 Unidad de análisis

Cada uno del registro de los pacientes con COVID-19 de la base de datos aportada por la secretaría de salud departamental del Quindío, en el tiempo determinado para el estudio.

7.4 Muestra

No se realizó muestreo, estudio censal, $N=n$.

7.4.1 Marco muestral

Base de datos de los pacientes positivos y la base de datos de mortalidad de los pacientes con covid-19.

7.4.2 Muestreo

No requerido para el tipo de estudio

7.4.3 Tamaño de muestra

Estudio censal.

7.5 Criterios de inclusión

Fueron incluidos todos los reportes con prueba de proteína C Reactiva (PCR) y prueba de Antígeno positivas para COVID-19.

Autorización de la secretaría de salud departamento del Quindío

7.6 Criterios de exclusión

No se contemplan juicios de descarte

7.7 Variable

Dentro de las variables se tendrán en cuenta:

Grupos etarios.

Ciclo vital familia

Sexo

Comorbilidades

Hospitalizados.

Fallecidos.

Recuperados

EAPB.

Ocupación.

Grupos poblacionales

Municipios



Tabla número 4... Operacionalización de variables

Objetivos específicos	Variables	Categorías	Nivel de Medición	Pregunta
Describir las características demográficas de los casos diagnosticados con la patología de estudio.	Edad	Cuantitativa	Razón continua	Numérico_ 0. No aplica 1. Años 2. Meses 3. Días 4. Horas 5. Minutos
	Sexo	Cualitativo	Nominal politómica	M = Masculino F = Femenino I= Indeterminado
	Municipio de procedencia	Cualitativa	Nominal politómica	001 Armenia 111 Buenavista 130 Calarcá 190 Circasia 212 Córdoba 272 Filandia 302 Génova 401 La Tebaida 470 Montenegro 548 Pijao 594 Quimbaya 690 Salento
	Ocupación	Cualitativa	Nominal politómica	Ocupación _
	Grupos poblacionales	Cualitativa	Nominal politómica	Indígena_ Discapacitado_ Desplazado_ Migrante_ Carcelario_ Gestante_ Indigente_ Pob. ICBF_ Madre com_ Desmovilizado_ Pob. Psiqui_ Víctima de viol_ Otro_
Identificar las condiciones	Periodo epidemiológico	Cualitativa	Nominal politómica	Fecha_

epidemiológica s en la población estudiada.	Departamento de residencia	Cualitativo	Nominal politémica	Departamento_
Establecer el comportamiento o clínico en la población de estudio.	Hospitalizado s	Cualitativo	Nominal dicotómicas	Si_ No_ Fecha_
	En casa	Cualitativo	Nominal dicotómicas	Si_ No_
	fallecidos	Cualitativo	Nominal dicotómicas	Si_ No_
	Recuperados	Cualitativo	Nominal dicotómicas	Si_ No_

7.8 Recolección de la información

- la agrupación de datos se llevó a cabo una vez se obtuvo el aval por parte del comité de investigación de la fundación universitaria del área andina y la secretaria de salud departamental del Quindío, nivel implicado.
- Yeinmy Viviana García Toro - Enfermera Profesional.
Eduardo Vivas Hurtado - Médico Especialista en Gerencia Hospitalaria.
Edith Reina Carvajal - Enfermera Profesional.
- Registros individuales base de datos de los pacientes positivos y la base de datos de mortalidad de los pacientes con covid-19
- Depuración de la base de datos
- Como instrumento se utiliza la ficha de notificación del evento 346 del SIVIGILA, Infección respiratoria aguda creada por la variable demográficas, epidemiológicas y clínicas, tiempo, lugar y persona, (ciclo vital familiar, sexo, comorbilidades, hospitalizados, fallecidos y recuperados, EAPB ocupación, grupos poblacionales y Municipios) depuración de la base de datos de casos positivos, duplicidad. para el análisis de variables se utiliza el Software RStudio y JAMOVI

7.9 Plan de análisis

Se hizo recolección de la base COVID positivos, base de mortalidad, las que contienen información tomada del aplicativo SISMUESTRAS, sistema de vigilancia en salud pública SIVIGILA y estadísticas vitales; la metodología que se empleo fue la depuración de la base que inicialmente contaba con 60.845 registros de casos acumulados entre el 2020 y 2021, se eliminaron 18 datos duplicados y además se retiraron 575 datos por error de digitación, los restantes que incluyen las reinfecciones no son causal de descarte, quedando un total de 60270 registros, se codificaron y se ordenaron las diferentes variables que hacen parte de la base verbo y gracia: municipio de procedencia, desenlace, sexo ,tipo de caso, país de procedencia, estado, EAPB, tipo de prueba, grupos poblacionales, síntomas, personal de salud y comorbilidades, los datos obtenidos se cargaron en el software estadístico JAMOVI y R ESTUDIO se realizó dos tipos de análisis univariado y bivariado con base a clasificación de las variables ya sea cualitativas o cuantitativas. Se estableció el nivel de significancia menor a 0.05 para todos los análisis que se llevaron a cabo.

7.10 Componente Bioético

De acuerdo con las disposiciones de la declaración de Helsinki de la asociación médica científico, declaración de Singapur sobre la integridad de la investigación, directrices ética internacional para la investigación en salud humana participativa, resoluciones no. 8430 de 1993, estableció normas científicas técnicas y administrativas de obligatorio cumplimiento para todas las entidades, cuyo objetivo general determina los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa incluyendo un comité de ética.

Por medio de este trabajo se adoptó, protección y conservación de datos:

Durante todo el periodo de investigación, Se protege las bases de datos, suministradas por la secretaria departamental del departamento del Quindío, sin acceso de terceros para el proceso de investigación fue eliminado después de que se aprobara el informe final de la investigación por la Fundación Universidad Andina.

El estudio se realizó sin riesgo, la información obtenida se originó de una fuente exógena, que contiene registros de la base COVID positivos de la secretaria de salud departamental del Quindío, no se realizan procedimientos en humanos y los datos recopilados se registran en la base de datos. donde se ha preservado la discrecionalidad de la información. De conformidad con la resolución N-8430 del 4 de octubre de 1993, emitida por MINSALUD, que dictan normas, decretos con especificaciones administrativas y técnico científicas para la investigación en salud.

Luego se realizó una revisión de la literatura para obtener una amplia base de información de estudios previos, proporcionando una búsqueda sustancial para formular una metodología de investigación eficaz para la práctica del estudio.

El instrumento en el cual se basó la investigación pertenece al Instituto Nacional de Salud, es un sistema de información en el cual se realiza un reporte de evento 346 Infección Respiratoria Aguda por virus nuevo, enfermedad de interés en salud pública, (SIVIGILA).

El formulario de notificación de Datos Básicos es una herramienta que permite obtener información priorizada sobre variables de tiempo, lugar y personas para informar sobre diversos eventos de interés en salud pública y distinguir claramente las características de las poblaciones asociadas a los eventos reportados (variables universales), y los lugares y tiempos específicos en los que ocurren.

El diligenciamiento de la ficha de notificación es un documento médico legal, por lo tanto, no debe llevar errores, ni enmendaduras, diligenciado en su totalidad con tinta negra.

El evento es de notificación inmediata y la ficha de notificación cuenta con dos caras, A y B, en la cara A se encuentran los datos básicos, información general, identificación del paciente, notificación y espacio exclusivo para entes territoriales, la cara B, tiene relación con datos básicos, porque se notifica el caso como IRA por virus nuevo, antecedentes clínicos, diagnóstico y tratamiento, antecedentes vacúnales y datos de laboratorio.

Las variables utilizadas del instructivo, las usadas pertenecen a la identificación del paciente, edad, sexo, departamento y municipio de procedencia, ocupación y grupos poblaciones; en la notificación, fueron incluidas, hospitalizados, recuperados, fallecidos y en casa.

7.11 Impacto social o/e innovación, o responsabilidad social

Guía de responsabilidad social

La norma ISO 26000 de 2010 fortalece el concepto proporciona, direcciona y suministra orientación coordinada y relevante a nivel mundial para organizaciones del sector público y privado de todo tipo, basada en un consenso internacional entre expertos que representan a grupos de interés clave. El presente trabajo de investigación aporto al conocimiento de la situación que vive el departamento del Quindío con relación a la pandemia y pone en conocimiento el problema de salud pública se hizo un uso racional de los recursos naturales, sin utilizar el papel y procesamiento de la información a través de medios digitales. Todo el tiempo se garantizó la protección de los derechos humanos.

Dar a conocer la información recopilada a la población del riesgo que presenta las complicaciones causadas por el SARS CoV 2.



8. RESULTADOS

8.1. Comportamiento sociodemográfico y clínico de casos COVID-19

El presente estudio mediante análisis univariado se determinó la distribución geográfica, epidemiológico y clínica en la población que adquirió COVID 19 en el departamento del Quindío entre 2020-2021.

8.1.1 Aspectos sociodemográficos de los casos diagnosticados con la patología de estudio.

Tabla número 5 Características sociodemográficas, epidemiológicas COVID-19 Departamento del Quindío 2020-2021.

VARIABLE		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Femenino	31715	52,6
	Masculino	28555	47,4 5
Edad en años*		Mediana: 40; RI:28 (Min: 0; Max: 103)	
Régimen en salud	Contributivo	49060	81,4
	Subsidiado	4571	7,6
	Especial	3823	6,3
	Sin aseguradora	1974	3,3
	Otros	842	1,4
Grupo poblacional	Otro	57942	96,1528
	Carcelario	1195	2
	Migrante	753	1,2
	Gestante	171	0,3
	Psiquiátrico	66	0,11
	Indígena	42	0,07

	ROM	41	0,068
	Afro	35	0,058
	Habitante de calle	20	0,033
	Discapacitado	3	0,0049
	Desplazado	2	0,0033

*Los datos presentan en Mediana; Rango Inter cuartílico (valor mínimo; valor máximo)

En relación con la población objeto de estudio el 53,6 % de los casos fueron del sexo femenino, el mismo valor para casos relacionados, están afiliados al régimen contributivo, 81,4% seguido del régimen subsidiado 7,4 % y el régimen especial sin aseguramiento y otros regímenes como el ministerio, prepagada, pendientes por su afiliación y los demás regímenes están en el 6,3 % lo que nos demuestra que el régimen contributivo tuvo más oportunidad para el diagnóstico de esta patología. Del 96,1% no pertenecían a ningún grupo poblacional, las condiciones de hacinamiento hacen que se vea reflejado el 2 % (con 1.195) en el grupo carcelario.

Tabla número 6. Distribución geográfica pacientes COVID19, por Municipio de procedencia 2020-2021.

Municipio	Frecuencia	Porcentaje
Armenia	43775	72,6
Calarcá	5957	9,9
Montenegro	2585	4,3
Quimbaya	2008	3,3
La Tebaida	1883	3,1
Circasia	1833	3
Filandia	667	1,1
Salento	575	1
Pijao	311	0,5
Génova	303	0,5
Córdoba	217	0,4
Buenavista	156	0,3
Total	60270	100

En el presente estudio se observó que el municipio con mayor número de casos con base a la procedencia es Armenia capital del departamento con el 72,6%, seguido del municipio Calarcá con el 9,9% y continuando con los municipios de Montenegro, Quimbaya y la Tebaida con un porcentaje de 4.3%, 3.3%, 3.1% de cada uno de los anteriores y el excedente de los municipios se encuentran por debajo del 3% de

casos. Dicho número de contagios guarda relación directa con la densidad demográfica y cantidad de pruebas tomadas por municipio, asentamientos poblacionales, accesibilidad a los servicios de salud y aceptación por parte de la comunidad para la toma de la muestra.

8.1.2 Aspectos epidemiológicos de los casos diagnosticados con la patología de estudio.

Gráfico 1.

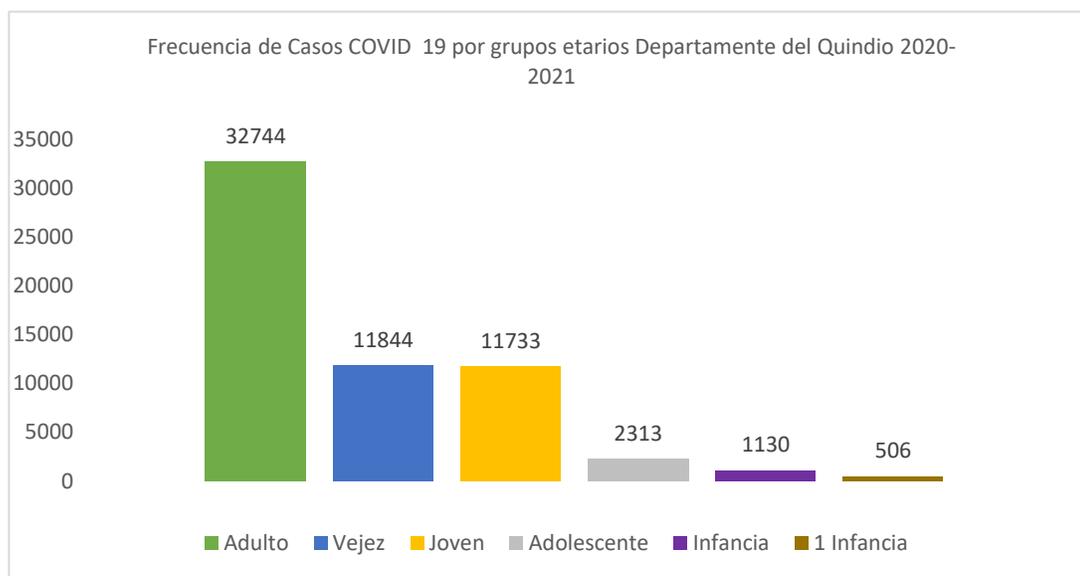


Tabla número 7. Clasificación de los casos que presentaron covid-19 según su gravedad entre 2020-2021. Quindío

Tipo caso	Frecuencia	Porcentaje
Relacionado	32450	53,8
En estudio	27728	46
Importado	92	0,2
Total	60270	100

Según la clasificación por tipo de caso en el departamento del Quindío, el mayor porcentaje se dio en los casos relacionados con un 53,8%, y en estudio con el 46%, lo que demuestra que más de la mitad de casos conocían que la fuente de contagio fue por contacto estrecho.

Tabla número 8. Distribución de pacientes COVID19, por País de procedencia 2020-2021.Colombia

País	Frecuencia	Porcentaje
Colombia	60187	99,86
Estados Unidos	28	0,046
México	15	0,025
España	14	0,023
Venezuela	6	0,01
Chile	5	0,0083
Panamá	4	0,0066
Ecuador	2	0,0033
Francia	2	0,0033
Argentina	1	0,0016
Emiratos árabes	1	0,0016
Filipinas	1	0,0016
Honduras	1	0,0016
Italia	1	0,0016
Perú	1	0,0016
Puerto Rico	1	0,0016
Total	60270	100

Table describe a Colombia encabeza la distribución geográfica, ya que los casos son procedentes del país con un 99,87%, seguido de estados unidos con el 0,046%, aunque la mayoría de migrantes son de nacionalidad venezolana, no corresponden a casos importados con el 0,01%.

Tabla número 9. Distribución por tipo de prueba realizada para COVID-19, 2020-2021 Departamento del Quindío.

Prueba	Frecuencia	Porcentaje
PCR	35522	58,9
Antígeno	24748	41,1
Total	60270	100

El 58,9% de los casos tuvieron acceso a la prueba de Proteína C Reactiva para la confirmación de la enfermedad, utilizada según los protocolos del INS, en comparación con el 41,1% con pruebas antígeno.

Tabla número 10. Porcentaje de casos con comorbilidades, recuperados y fallecidos 2020-2021 departamento de Quindío

HTA	Frecuencia	Porcentaje
Recuperados	58855	97,7
Fallecidos	1415	2,3
Total	60270	100
DM	Frecuencia	Porcentaje
Recuperados	59494	98,7
Fallecidos	776	1,3
Total	60270	100
Obesidad	Frecuencia	Porcentaje
Recuperados	59830	99,3
Fallecidos	440	0,7
Total	60270	100
Cardíaca	Frecuencia	Porcentaje
Recuperados	59963	99,5
Fallecidos	307	0,5
Total	60270	100
EPOC	Frecuencia	Porcentaje
Recuperados	59968	99,5
Fallecidos	302	0,5
Total	60270	100
Cáncer	Frecuencia	Porcentaje
Recuperados	60109	99,7
Fallecidos	161	0,3
Total	60270	100
Renal	Frecuencia	Porcentaje
Recuperados	60122	99,8
Fallecidos	148	0,2
Total	60270	100
VIH	Frecuencia	Porcentaje
Recuperados	60177	99,8
Fallecidos	93	0,2
Total	60270	100
Hipotiroidismo	Frecuencia	Porcentaje
Recuperados	60248	99,96
Fallecidos	22	0,04
Total	60270	100
TBC	Frecuencia	Porcentaje

Recuperados	60250	0,967
Fallecidos	20	0,033
Total	60270	100
Asma	Frecuencia	Porcentaje
No	59676	99
Si	594	1
Total	60270	100

Los fallecimientos se presentaron con mayor proporción en los casos que presentaron COVID-19 y HTA con un 2,3%, seguido de la Diabetes con el 1,3% y la obesidad con el 0,7%, el resto de los casos presentaron comorbilidades como Cardiacas, EPOC, cáncer, enfermedad renal, VIH, hipotiroidismo y asma por debajo del 0,5%, mientras que el 99,9% de recuperados fue de los pacientes con hipotiroidismo entre los años 202-2021 en el departamento del Quindío.

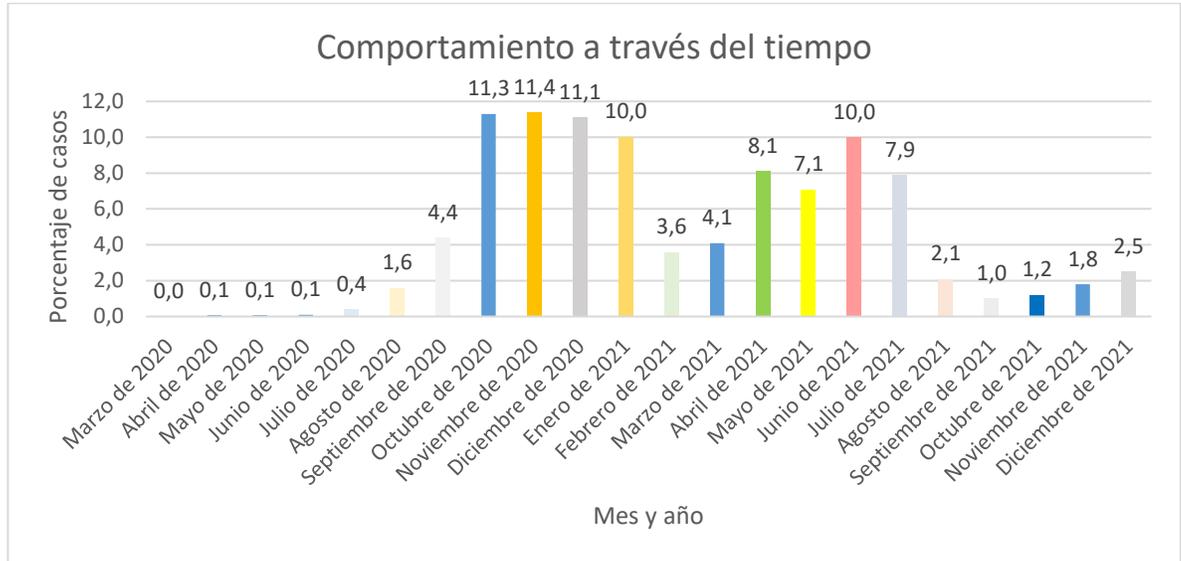
Tabla número 11. Contabiliza el personal de salud que presento COVID-19 entre el 2020-2021 en el departamento del Quindío

Personal salud	Frecuencia	Porcentaje
No	58688	97,4
Si	1582	2,6
Total	60270	100

En el departamento del Quindío el 2,6% fueron personal de la salud a las cuales les dio COVID-19

8.1.3 Aspectos del comportamiento de los casos diagnosticados con la patología de estudio.

Gráfico 2. Comportamiento del COVID-19 en el departamento del Quindío a través del tiempo



Entre marzo y junio del 2020, al inicio de la pandemia el número de casos notificados fue de 0.0 al 0,1%, para julio, agosto del 2020 fue de un 0,4% y 1,6%, en comparación con el 2021 los mismos meses presentaron mayor número de casos con el 7,9% y 2,1%, mientras en septiembre del 2020 el porcentaje fue de 4,4% y en el 2021 de 1,2% con disminución notoria. Para octubre, noviembre y diciembre del 2020 se dio un pico en el número de casos confirmados con COVID-19, entre el 10,0 % al 11,4% en comparación con los mismos meses para el 2021 disminuyeron los casos significativamente con el 1,2 al 2,5%. Para el 2021 se presentó un pico en enero y junio con el 10,0%.

Tabla número 12. Descripción de los casos COVID-19 según estado de gravedad, síntomas y desenlace final entre el 2020 y 2021 en del departamento del Quindío

Estado	Frecuencia	Porcentaje
Leve	54222	90
Moderado	4235	7
Grave	1813	3
Total	60270	100
Síntomas	Frecuencia	Porcentaje
Sintomático	43312	71,9
Asintomático	16958	28,1
Total	60270	100
Desenlace	Frecuencia	Porcentaje
Fallecido	1886	3,1
Recuperado	58384	96,8
Total	60270	100

El 90 % de los casos que presentaron covid-19, fueron estado leve, moderado y grave entre el 7 y 3%, con un desenlace final de recuperados del 96,8%, mientras los fallecidos fueron del 3,1%, sin embargo, los sintomáticos presentaron mayor relevancia con el 71,9% en comparación con los asintomáticos 28,1%.

8.2 Análisis de variables expositora y variable desenlace.

Tabla número 13. Desenlace de los casos por municipio de procedencia 2020-2021 departamento del Quindío

Municipio	Desenlace		Total
	Fallecido	Recuperado	
Armenia	1178 (2,7%)	42597 (97,3%)	43775 (100%)
Buenavista	6 (4%)	150 (96%)	156 (100%)
Calarcá	224 (4%)	5733 (96%)	5957 (100%)
Circasia	81 (4%)	1752 (96%)	1833 (100%)
Córdoba	8 (4%)	209 (96%)	217 (100%)
Filandia	32 (4%)	635 (96%)	667 (100%)
Génova	13 (4%)	290 (96%)	303 (100%)
La Tebaida	97 (5%)	1786 (95%)	1883 (100%)
Montenegro	131 (5%)	2454 (95%)	2585 (100%)
Pijao	10 (3%)	301 (97%)	311 (100%)
Quimbaya	86 (4%)	1922 (96%)	2008 (100%)
Salento	20 (3%)	555 (97%)	575 (100%)
Total	1886	58384	60270 (100%)
	3%	97%	100%
Razón de verosimilitud	valor	gl	P
	109	11	< .001
N	60270		

Contiene el número de casos reportados con COVID19 departamento del Quindío siendo la variable independiente el municipio y la variable dependiente el desenlace siendo mayor el número de fallecidos en los municipios de Armenia y Calarcá con el 1.178 y 224 caso y al interpretar con base a la densidad poblacional el mayor número de decesos causados por la COVID 19 ocurrieron en la Tebaida y Montenegro con base al porcentaje de casos reportados con el 5% de los mismos en cada municipio.

Tabla número 14. Desenlace de los casos en el departamento del Quindío con referencia al municipio de Armenia 2020-2021

Predictor	Valor P	Razón de odds	Intervalo de confianza al 95%	
			Inferior	Superior
Municipio de residencia				
BUENAVISTA – ARMENIA	0.377	1.4464	0.6383	3.2777
CALARCA – ARMENIA	< .001	1.4129	1.2215	1.6341
CIRCASIA – ARMENIA	< .001	1.6718	1.3281	2.1044
CORDOBA – ARMENIA	0.368	1.3841	0.6816	2.8110
FILANDIA – ARMENIA	0.001	1.8223	1.2716	2.6113
GENOVA – ARMENIA	0.090	1.6210	0.9272	2.8340
LA TEBAIDA – ARMENIA	< .001	1.9639	1.5881	2.4286
MONTENEGRO – ARMENIA	< .001	1.9303	1.6042	2.3227
PIJAO – ARMENIA	0.570	1.2013	0.6381	2.2617
QUIMBAYA – ARMENIA	< .001	1.6180	1.2937	2.0235
SALENTO – ARMENIA	0.249	1.3031	0.8310	2.0433

Nota. Los estimadores representan el log odds de "Desenlace = Fallecido" vs. "Desenlace = Recuperado"
*Municipio de referencia Armenia

Vivir en los municipios de Calarcá, Circasia, Filandia, la Tebaida, Quimbaya es un factor de riesgo para fallecer por COVID 19, en comparación con Armenia

Tabla número 15. Desenlace de los casos en el departamento del Quindío con referencia al género 2020-2021

Genero	Desenlace		Total
	Fallecido	Recuperado	
Masculino	1197 (4,2%)	27358 (95,8)	28555 (100,0%)
Femenino	689 (4,2%)	31026 (97.8)	31715 (100,0%)
Total	1886 (3,1%)	58384 (96.9%)	60270 (100.0%)
Razón de verosimilitud	valor	gl	P
	203	1	< 0,01
N	60270		

Ser hombre es un factor de riesgo para fallecer por COVID 19 en el departamento del Quindío.

Tabla número 16. Desenlace de los casos en el departamento del Quindío según el tipo de afiliación al régimen de salud 2020-2021

Tipo de régimen	Desenlace		Total	P	95% C.I.	
	Fallecido	Recuperado			Inferior	Superior
Contributivo	1470 (3,00%)	47590 (97,00%)	49060 (100%)	0,044	1,014	2,832
Subsidiado	254 (5,60%)	4317 (94,40%)	4571(100%)	<0.001	1,908	5,463
Sin aseguradora	26 (1,30%)	1948 (98,70%)	1974 (100%)	0,341	0,386	1,39
Especial	121(3,20%)	3702(96,80%)	3823(100%)	0,035	1,043	3,083
Otros	15 (1,80%)	827 (98,80%)	838 (100%)	Referencia		
	1886 (3,10%)	58384 96,9%)	60270 (100%)	chi cuadrado 118,217 P<0,001		

Se observó mayor riesgo de fallecer en los afiliados al régimen subsidiado, en comparación con el contributivo y especial.

Tabla número 17. Desenlace de los casos en el departamento del Quindío según grupos poblacionales de pertenencia entre el 2020-2021

Grupos poblacionales	Desenlace		Total	P	95% C.I.	
	Fallecido	Recuperado			Inferior	Superior
Otro	1848 (3,2%)	56099(96,8%)	57947(100%)	0,785	0,181	9,59
Afro	1(2,90%)	34(97,1%)	35(100%)	0,91	0,071	19,527
Gestante	3(1,80%)	168(98,20%)	171 (100%)	0,773	0,072	7,049
Habitante de calle	4(20%)	16(80%)	20(100%)	0,046	1,037	96,476
Indígena	1(2,40%)	41(97,6%)	42(100%)	0,986	0,059	16,137
Migrante	9(1,2%)	744(98,8%)	753(100%)	0,496	0,06	3,913
Carcelario	16(1,3%)	1179(98,7%)	1195(100%)	0,558	0,07	4,194
Psiquiátrico	3(4,5%)	63(95,5%)	66(100%)	0,583	0,191	18,953
ROM	1(2,4%)	40(97,6%)	41(100%)	Referencia		
	1886	58384	60270	Chis cuadrado 43,045 p<0,001		
	3,10%	96,90%	100,00%			

Ser habitante de calle es un factor de riesgo para fallecer por COVID-19 en el departamento del Quindío

Tabla número 18. Desenlace por grupos etarios 2020-2021 departamento del Quindío

Grupos etarios	Fallecido	Recuperado	Total
Adulto mayor	1482(12,5 %)	10362(87.5 %)	11844(100%)
Menor de 60 años	404(0,8 %)	48022(99.2 %)	48426(100%)
Total	1886(3,1 %)	58384(96.9)	60270(100%)
	Valor	GI	P
Razón de similitud	3177	1	< .001
N	60270		
Medidas comparativas	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de odds	17,0	15,2	19,0
Riesgo relativo	15,0	13,5	16,7

La probabilidad de fallecer en los adultos mayores es 17 veces la odds que en los menores de 60 años.

Tabla número 19. Desenlace según el tipo de caso 2020-2021 departamento del Quindío

TIPO DE CASO	Model Coefficients - Desenlace		95% Confidence Interval		P
	Predictor	Estimate	Lower	Upper	
	Intercept	4.500	2.53	6.471	< .001
En estudio – importado	-1.454	-3.43	0.517	0.148	
Relacionado – importado	-0.571	-2.54	1.401	0.570	
Importado – importado	7.066	-378.99	393.121	0.971	
Relacionado – importado	7.066	-378.99	393.121	0.971	

Note. Estimates represent the log odds of "Desenlace = 0" vs. "Desenlace = 1"

No existe relación entre la mortalidad de los casos importados con los otros tipos de casos

Tabla número 20. Desenlace según las comorbilidades 2020-2021 departamento del Quindío

Variable expositora		Desenlace			Variable expositora		Desenlace		Total
		Recuperado	Fallecido				Recuperado	Fallecido	
Tuberculosis	No	58371(96,9%)	1879 (3,1%)	60250	Cáncer	No	58281(97%)	1828(3%)	60109
	Si	13 (65%)	7 (35%)	20		Si	103(64%)	58(36%)	161
	Chi cuadrado 67.039	p < 0.001	OR 16.72 (6.67 a 41.97)			Chi cuadrado 576.275	p < 0.001	OR 17.95 (12.97 a 24.85)	
Enfermedad Cardíaca	No	58216(97,1%)	1747(2,9%)	59963	Asma	No	57809(96%)	1867(3.1)	59676
	Si	168(54.7%)	139 (45.3%)	307		Si	58384(96.9%)	1886(3%)	60270
	Chi cuadrado 1808.295	p < 0.001	OR 27.571 (21.913 a 34.691)			Chi cuadrado 0.01	p 0.922	OR 1.023 (0.65 a 1.62)	
Obesidad	No	58064(97%)	1766(3%)	59830	Hipotiroidismo	No	58383 (96.9%)	1865(3.1%)	60248
	Si	320(72.7)	120 (27.3)	100,00%		Si	1(4.5%)	21(95.5)	22
	Chi cuadrado 852.317 ()	p < 0.001	OR 12.33 (9.94 a 15.29)			Chi cuadrado 618.856	p < 0.001	OR 657.396 (88.38 a 4889.78)	
Diabetes	No	57794 (97.1%)	1700(2.9%)	59494	VIH	No	58293(96.9%)	1884(3.1%)	60177
	Si	590(76%)	186(24%)	776		Si	91(97.8%)	2(2.2%)	93
	Chi cuadrado 2548.48	p < 0.001	OR 13.45 (11.822 a 15.302)			Chi cuadrado 0.06	p 0.81	OR 0.68 (0.17 a 2.76)	
HTA	No	57340(97.4%)	1515 (2.6%)	58855	EPOC	No	58176(97%)	1792(3%)	59968
	Si	1044(73.8%)	371(26.2%)	1415		Si	208(69.8%)	94(31.1)	302
	Chi cuadrado 2548.48	p < 0.001	OR 13.45 (11.822 a 15.302)			Chi cuadrado 2548.48	p < 0.001	OR 13.45 (11.822 a 15.302)	
Insuficiencia Renal	No	58329(97%)	1793(3%)	60122	las comorbilidades que se asocia a mayor mortalidad en pacientes que padecen COVID19 fueron Enfermedad renal 62.8% Enfermedad cardíaca con 45%, Cáncer 36%, Tuberculosis 35% y las demás con porcentajes menores al 30%				
	Si	55(37.2%)	93(62.8%)	148					
	Chi cuadrado 1126.275	p < 0.001	OR 10.718 (9.026 a 12.725)						

Tablas muestran la directa relación entre la presencia de comorbilidades en pacientes afectados de COVID grave con desenlace mortal siendo más frecuentes en aquellos que padecen hipotiroidismo 96%, insuficiencia renal 63%, enfermedad cardíaca 45%, tuberculosis 35%, cáncer 34%, EPOC 31%, HTA 27%, obesidad 27%, diabetes 24%.

Tabla número 21. Desenlace del personal de la salud 2020-2021 departamento del Quindío

Personal Salud	Desenlace		Total
	Recuperado	Fallecido	
No pertenecen	56808 (96,8%)	1880 (3,20%)	58688 (100%)
Si pertenecen	1576 (99,6%)	6 (0,40%)	1582 (100%)
Total	58384 (96,9%)	1886 (3,10%)	60270 (100%)
Chi cuadrado 40.531		p < 0.001	

No guarda relación el ser personal de salud con mortalidad por COVID 19 a diferencia de las personas que no laboran en esta área

AREANDINA
 INSTITUTO DE INVESTIGACIONES Y ENSEÑANZA EN SALUD PÚBLICA

Tabla número 22. Desenlace de casos por municipio de 2020-2021 departamento del Quindío.

Año 2020	ARMENIA		BUENAVISTA		CALARCA		CIRCASIA	
	Casos	Fallecidos	Casos	Fallecidos	Casos	Fallecidos	Casos	Fallecidos
		16748	455	56	0	3115		833
Trim.1	13	0	0	0	2	0	0	0
Trim.2	91	1	0	0	32	1	6	
Trim.3	2597	81	16	0	542	24	117	1
Trim.4	14047	373	40	0	2539	80	710	27
Año 2021	27027	723	100	6	2842	119	1000	53
Trim.1	7927	234	22	2	1019	31	300	17
Trim.2	11405	275	39	2	1262	53	417	17
Trim.3	4976	132	36	1	408	18	207	13
Trim.4	2719	82	3	1	153	17	76	6
Total general	43775	1178	156	6	5957	224	1833	81
Año 2020	CORDOBA		FILANDIA		GENOVA		LA TEBAIDA	
	Casos	Fallecidos	Casos	Fallecidos	Casos	Fallecidos	Casos	Fallecidos
	99	3	252	12	99	2	938	35
Trim.1		0	0	0	0	0	0	
Trim.2	1		2	1			5	0
Trim.3	14		64	3	29		207	6
Trim.4	84	3	186	8	70	2	726	29
Año 2021	118	5	415	20	204	11	945	62
Trim.1	30	3	161	4	120	8	244	16
Trim.2	62	2	165	9	61	3	392	26
Trim.3	19		66	5	21		206	11
Trim.4	7		23	2	2		103	9
Total general	217	8	667	32	303	13	1883	97
Año 2020	MONTENEGRO		PIJAO		QUIMBAYA		SALENTO	
	Casos	Fallecidos	Casos	Fallecidos	Casos	Fallecidos	Casos	Fallecidos
	1022	40	184	7	779	30	309	6
Trim.1	1	0	0	0	0	0	0	
Trim.2	10	2	0	0	4	0	0	
Trim.3	115	4	11	2	101	8	35	1
Trim.4	896	34	173	5	674	22	274	5
Año 2021	1563	91	127	3	1229	56	266	14
Trim.1	417	23	27	1	334	22	82	5
Trim.2	655	35	71	1	558	22	117	4
Trim.3	393	28	28	1	221	8	53	4
Trim.4	98	5	1	0	116	4	14	1
Total general	2585	131	311	10	2008	86	575	20

Tabla contiene el total de casos y número de fallecimientos por COVID 19 años 2020 y 2021 distribuidos de forma trimestral que pertenecen al departamento Del Quindío. En el último trimestre del 2020 se produjeron el mayor número de contagios en todos los municipios del departamento del Quindío a diferencia del año 2021 se produjo mayor contagio en el tercer trimestre

Tabla número 23. Desenlace de los casos según el estado de gravedad 2020-2021 departamento del Quindío

Estado Del paciente	Desenlace		Total	95% C.I.		P
	Recuperado	Fallecido		Inferior	Superior	
Leve	53929 (99,5%)	293(0,50%)	54222 (100%)			
Moderado	3597 (84,9%)	638 (15,1%)	4235 (100%)	28,314	37,642	<0.001
Grave	858 (47,3%)	955 (52,7%)	1813 (100%)	176,816	237,367	<0.001
Total	58384 (96,9%)	1886 (3,10%)	60270 (100%)			

Tabla muestra la distribución de pacientes diagnosticados con covid19 que a mayor severidad de la patología es mayor la mortalidad de los pacientes.

Tabla número 24. Desenlace de los casos 2020-2021 departamento del Quindío

Edad	Me (RIQ)	OR (IC 95%)	U Mann Whitney	p
Fallecido	72 (8)	1.09 (1.086-1.094)	13039267	<0.001
Recuperado	39 (27)			
		0.917 (0.914-0.92)		

Tabla muestra la distribución de pacientes diagnosticados con covid19 que a mayor severidad de la patología es mayor la mortalidad de los pacientes.

Tabla número 25. Desenlace según signos y síntomas de los casos 2020-2021 Quindío.

Síntomas	Desenlace		Total
	Fallecido	Recuperado	
Asintomático	320(1,9%)	16638(98,1%)	16958(100%)
Sintomático	1566(3,6%)	41746(96,4%)	43312(100%)
Total	1886(3,1%)	58384(96,9%)	60270(100%)

Los individuos sintomáticos guardan una mayor proporción de mortalidad que aquellos que no presentan sintomatología

9 DISCUSIÓN

En un estudio que se realizó en china Nanshan Chen (2020) la vejez, la obesidad y la presencia de comorbilidades pueden estar asociadas a una mayor mortalidad (2) con relación al artículo elaborado en los resultados se evidencio que ser adulto mayor y tener riesgos de comorbilidades como la hipertensión, diabetes, Enfermedad cardiaca, EPOC, obesidad y asma tiene una alta probabilidad de fallecer. Al igual que es estudio publicado por Caizheng Yu et a los pacientes presentaban al menos una comorbilidad entre ellas hipertensión, diabetes y enfermedad coronaria.

Respecto a la edad en un análisis de Jorge Luis León Álvarez et al, en Cuba en 5490 pacientes (97.7% recuperados vs 2.37% fallecidos) los fallecidos eran significativamente mayores en (72,8 frente a 44,5 años) con comorbilidades más frecuentes hipertensión, diabetes cardiopatía isquémica, enfermedad renal crónica y EPOC (artículo 20) concierne, con el estudio realizado en Colombia Quindío donde se ve reflejo que la mortalidad se presentó en el rango de edad mayor de 72 años acompañado de comorbilidades como la tuberculosis, enfermedad renal y enfermedad cardiaca que guardaban mayor relación con mortalidad en los paciente con COVID 19 .

Las características demográficas y epidemiológicas de los casos confirmados en este estudio en cuanto al sexo masculino y femenino, un leve predominio el género femenino al igual que el estudio realizado en el Alto Parama Paraguay (25) pero con diferencia en la media de la edad para ellos de 38 años y en el presente estudio en el rango de la media fue de 40 años, otras de las características asociadas fue la mortalidad en vejez y con comorbilidades hipertensión, diabetes y obesidad.

En otro estudio donde hacen alusión a la calidad del dato Edgar F. Manrique-Hernández (2020), se asemeja las dificultades que el sistema de vigilancia en salud pública en Colombia ha tenido que afrontar para poder dar respuesta de los datos sobre la pandemia, en el restudio realizado, se identifica las dificultades en los sistemas de información, los registros y cómo influyen estos en los datos estadísticos.

10 CONCLUSIONES

Las usuarias del sexo femenino se enfermaron con mayor frecuencia, pero los pacientes del sexo masculino aportaron el mayor número de decesos causados por covid 19

Las enfermedades crónicas se asocian a mayor mortalidad en los pacientes diagnosticados con COVID19, si a ello se añade la variable edad mayores de 60 años se potencializa, sumado a pertenecer a los grupos poblacionales como “Otros”, indígenas y afros, aumenta el riesgo de mortalidad. Este trabajo puso en evidencia que a diferencia de los otros realizados a nivel mundial no incluyeron patologías como la tuberculosis patología endémica de América latina que al combinarse con covid 19 aumento la mortalidad de este tipo de pacientes en el 65%

El mayor número de contagios se presenta entre los dos últimos trimestres de los años 2020 – 2021 en el departamento del Quindío y guarda relación con la relajación de las medidas de distanciamiento social festividades propias de la región: A pesar de la llegada de la vacuna y la laxitud en las medidas de distanciamiento social.

11 RECOMENDACIONES

Dar a conocer a la población la situación de riesgo que representa la COVID-19, especialmente en los adultos mayores con comorbilidades para lograr la sensibilización de los Quindianos y así mejorar las medidas de prevención en relación a la enfermedad.

Respecto al origen del dato, se evidenciaron muchas falencias en la base de datos, la recomendación para el personal de salud es diligenciar de manera completa y eficiente la información de los pacientes COVID-19 que ingresan a los diferentes sistemas de información para la recopilación en las bases de datos covid, al igual que la distribución de esta.

La evidencia pone en manifiesto que dichas medidas de protección avaladas por la comunidad científica con distanciamiento social, uso de tapabocas, lavado de

manos evitar las aglomeraciones y la vacunación en conjunto son efectivas y la mejor manera de evitar la enfermedad es el autocuidado

Agradecimientos

Secretaria de Salud Departamental del Quindío

Docentes Fundación Universitaria del Arandina Pereira

Escuela de Posgrados en Salud, por todo su apoyo y colaboración



12 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de Salud. Actualización Epidemiológica. Organ Mund la Salud [Internet]. 2020;2019(Cdc):1–10. Available from: <https://www.paho.org/sites/default/files/2020-02/2020-feb-28-phe-actualizacion-epi-covid19.pdf>
2. Dirección General de Vigilancia de la Salud. Guía de vigilancia epidemiológica y de laboratorio de la enfermedad por Coronavirus-19 (COVID-19). 2020;19:1–52. Available from: [file:///C:/Users/pc/Desktop/vigilancia brasil.pdf](file:///C:/Users/pc/Desktop/vigilancia%20brasil.pdf)
3. Córdova-Aguilar A, Rossani A. G. COVID-19: Literature review and its impact on the Peruvian health reality. *Rev la Fac Med Humana*. 2020;20(3):467–73.
4. Rosselli D. Covid-19 en Colombia: los primeros 90 días. *Acta Neurológica Colomb* [Internet]. 2020;36(2 Supl. 1):1–6. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v36n2s1/2422-4022-anco-36-02-s1-1.pdf>
5. Sharma K, Koirala A, Nicolopoulos K, Chiu C, Wood N, Britton PN. Vaccines for COVID-19: Where do we stand in 2021? *Paediatr Respir Rev* [Internet]. 2021;(xxxx). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.prrv.2021.07.001>
6. OPS. Actualización epidemiológica: Incremento de la variante delta y su impacto potencial en la región de las Américas - 8 de agosto de 2021. *Organ Panam la Salud*. 2021;1–12.
7. Forero Argüello H, Hernández Martínez A, Lobo Moncada D, García Bohórquez DF, Fajardo Rivera JE. Caracterización y fisiopatología del Sars-Cov-2, Revisión de la literatura actual. *Rev Médicas UIS* [Internet]. 2021;34(2):61–75. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8154083>
8. Rubin R. Influenza's Unprecedented Low Profile During COVID-19 Pandemic Leaves Experts Wondering What This Flu Season Has in Store. 2021;1. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2783644?resultClick=1>
9. Barrientos-Gutiérrez T, Alpuche-Aranda C, Lazcano-Ponce E, Pérez-Ferrer C, Rivera-Dommarco J. La salud pública en la primera ola: una agenda para la cooperación ante Covid-19. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2020;62(5):598–606. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=95426>
10. Ayouni I, Maatoug J, Dhouib W, Zammit N, Fredj S Ben, Ghammam R. Medidas efectivas de salud pública para mitigar la propagación de COVID-19 : una revisión sistemática. 2021;1–14. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-11111-1>
11. Dodd RH, Pickles K, Cvejic E, Cornell S, MJ Isautier J, Copp T, et al. Perceived public

- health threat a key factor for willingness to get the COVID-19 vaccine in Australia. *Vaccine* [Internet]. 2021;(xxxx). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.08.007>
12. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet* [Internet]. 2020;395(10223):507–13. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30211-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30211-7)
 13. Yu C, Lei Q, Li W, Wang X, Li W, Liu W. Epidemiological and clinical characteristics of 1663 hospitalized patients infected with COVID-19 in Wuhan, China: a single-center experience. 2020;(January). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7367029/>
 14. Khan W, Khan AA, Khan J, Khatoon N, Arshad S, De los Ríos Escalante P. Death caused by covid-19 in top ten countries in asia affected by covid-19 pandemic with special reference to Pakistan. *Brazilian J Biol* [Internet]. 2023;83:2021–4. Available from: <https://www.scielo.br/j/bjb/a/zShNgMRFwVXJTJvpPRJNPWt/?lang=en>
 15. Matabuena M, Madrid Padilla OH, Gonzalez-Barcala F-J. Modelado estadístico y matemático en la epidemia del coronavirus: algunas consideraciones para minimizar los sesgos en los resultados. *Arch Bronconeumol* [Internet]. 2020;56(9):601–2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7221384/>
 16. Saavedra P, Santana A, Bello L, Pacheco JM, Sanjuán E. A Bayesian spatio-temporal analysis of mortality rates in Spain: application to the COVID-19 2020 outbreak. *Popul Health Metr* [Internet]. 2021;19(1):1–10. Available from: <https://pophealthmetrics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12963-021-00259-y>
 17. West R, Michie S, Rubin GJ, Amlôt R. Applying principles of behaviour change to reduce SARS-CoV-2 transmission. *Nat Hum Behav* [Internet]. 2020;4(5):451–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41562-020-0887-9>
 18. Verma AK, Lavine KJ, Lin C-Y. Myocarditis after Covid-19 mRNA Vaccination. *N Engl J Med* [Internet]. 2021;385(14):1332–4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8385564/?mscikid=d0bbbac7c4f811ec9643879c5914bd4a>
 19. Kasting ML, Head KJ, Hartsock JA, Sturm L, Zimet GD. Public perceptions of the effectiveness of recommended non-pharmaceutical intervention behaviors to mitigate the spread of SARS-CoV-2. *PLoS One* [Internet]. 2020;15(11 November):1–16. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0241662>
 20. Ramírez González AD, Montero Castrillón M, Vázquez Vázquez L. Caracterización de pacientes con COVID-19 en una unidad cuidados intensivos. *Rev Cubana Med Trop* [Internet]. 2021;73(01):1–18. Available from: <http://www.revmedtropical.sld.cu/index.php/medtropical/article/view/592>
 21. Luis J, Álvarez L, Martínez MC, Rosa A, Rojas G. Análisis de mortalidad y

- comorbilidad por Covid-19 en Cuba. 2021;2021(2):1–11. Available from: <https://orcid.org/0000-0003-0980-8981>
22. Cabrera Solís L, Zamora Torres A, Guerreiro Núñez MC, Alvariño Calderón D, Suárez Gómez M, Bello Arcia J, et al. Caracterización clínico-epidemiológica de 77 niños y adolescentes infectados por el coronavirus SARS-CoV-2 TT - Clinical-epidemiological characterization of 77 children and adolescents infected with SARS-CoV-2 coronavirus. *Rev Cuba pediatr* [Internet]. 2021;93(1):e1282–e1282. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312021000100009%0Ahttp://www.revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/1282
 23. Pinto A de S, Rodrigues CA, Sobrinho CLN, da Cruz LA, Dos Santos Junior EG, Nunes PC, et al. COVID-19 epidemic curve in Brazil: a sum of multiple epidemics, whose inequality and population density in the states are correlated with growth rate and daily acceleration. An ecological study. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2022;55:1–7.
 24. Lipsitch M, Donnelly CA, Fraser C, Blake IM, Cori A, Dorigatti I, et al. Potential biases in estimating absolute and relative case-fatality risks during outbreaks. *PLoS Negl Trop Dis* [Internet]. 2015;9(7):1–16. Available from: Potential Biases in Estimating Absolute and%0ARelative Case-Fatality Risks during Outbreaks
 25. Vargas-Correa A, Mereles EF, Segovia Coronel N, Giménez Ayala A, Santacruz L, Ojeda ML, et al. Características clínico-epidemiológicas de pacientes confirmados con COVID-19 del Departamento de Alto Paraná, Paraguay. *Rev salud publica del Paraguay* [Internet]. 2021;11(1):54–61. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-33492021000100054&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 26. Medeiros de Figueiredo A, Daponte A, Moreira Marculino de Figueiredo DC, Gil-García E, Kalache A. Case fatality rate of COVID-19: absence of epidemiological pattern. *Gac Sanit* [Internet]. 2021;35(4):355–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.001>
 27. Ramos P, Silva E, Canese J, Velázquez G. Epidemiología de los casos de COVID - 19 diagnosticados en albergues sanitarios del gran Asunción, Paraguay (2020). *Memorias del Inst Investig en Ciencias la Salud* [Internet]. 2021;19(2):69–77. Available from: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v19n2/1812-9528-iics-19-02-69.pdf?msckid=688c5332c05d11ec80ad11ac13420c19>
 28. Souza LC, Kock KDS. Análise do modelo logístico aplicado à primeira onda da Covid-19 nos países com os 20 maiores PIB'S. *J Heal Biol Sci* [Internet]. 2022;10(1):1. Available from: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/5582>
 29. Manrique-Hernández EF, Moreno-Montoya J, Hurtado-Ortiz A, Prieto-Alvarado FE, Idrovo ÁJ. Desempeño del sistema de vigilancia colombiano durante la pandemia de COVID-19: evaluación rápida de los primeros 50 días. *Biomédica* [Internet].

- 2020;40(Supl. 2):96–103. Available from: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/5812/4673>
30. Malagón-Rojas J, Ibáñez E, Parra ELB, Toloza-Perez YG, Álvarez S, Mercado M. Analysis of COVID-19 mortality and survival in Colombia: A prospective cohort study. *Infectio* [Internet]. 2021;25(3):176–81. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-93922021000300176&script=sci_arttext&tlng=en
 31. Díaz Pinzón JE. Estimación de las tasas de mortalidad y letalidad por COVID-19 en Colombia [Internet]. *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía*. 2020. p. 89–93. Available from: <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/1103?msckid=813d4515c12a11eca919672dc2faf6ae>
 32. Jang SY, Hussain-Alkhateeb L, Rivera Ramirez T, Al-Aghbari AA, Chackalackal DJ, Cardenas-Sanchez R, et al. Factors shaping the COVID-19 epidemic curve: a multi-country analysis. *BMC Infect Dis* [Internet]. 2021;21(1):1–16. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12879-021-06714-3>
 33. Covid- L, Oms L. Información básica sobre la COVID-19. 2021;20–3. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19>
 34. Fung M, Kaufman DA. Covid--19. 2022; Available from: <https://www-clinicalkey-es.proxy.bidig.areandina.edu.co/#!/content/book/3-s2.0-B9780323655873001422>
 35. Severo RA, Segura M. Maternidad segura y COVID-19 – Actualización Declaración de la FIGO. 2021; Available from: https://www.figo.org/sites/default/files/2021-04/FIGO_Maternidad segura COVID-19 Actualizacion marzo 2021.pdf
 36. Lucia M, Martínez O, Rodríguez LA, Macana P, Martinez LM. PRASS Manual operativo. 2021;56. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freeseachresults.aspx?k=&k=PROG RAMA PRUEBAS%2C RASTREO Y AISLAMIENTO SELECTIVO SOSTENIBLE PRASS Manual operativo>
 37. La A De, Lombardo C. Del animal al hombre : microorganismo emergente : novel coronavirus : Covid 19 : de Wuhan hacia el mundo , una pandemia debilitante From animal to man : emerging microorganism : novel coronavirus : Covid 19 : from Wuhan to the world , a debilitating pande. 2022;10(1):59–63. Available from: <http://ipc.org.pa/ojs/index.php/ipc/article/view/276/462>
 38. Taylor D, Lindsay AC, Halcox JP. Correspondance Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. *Nejm* [Internet]. 2010;0–2. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32182409/>
 39. Salgado S, Maiso A, Gonzáles T. Epidemiología y fisiopatología de la COVID-19. *Patol Respir* [Internet]. 2020;23(3):246–50. Available from:

https://www.revistadepatologiaspiratoria.org/revistadepatologiaspiratoria_detalle_articulo.php?aid=1215

40. Wenger PN, Halperin W, Ziga E. Public Health Surveillance for Bioterrorism. Beyond Anthrax. 2009;2019(December):253–78.
41. Ministerio de Salud y Protección Social. Apoyo del diagnóstico por laboratorio en el marco de la pandemia por COVID-19 en Colombia. 2020;1–5. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/abec-e-diagnostico-pruebas-laboratorio-covid-19.pdf>
42. Salud M. LINEAMIENTOS PARA EL USO DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE SARS-CoV-2 (COVID-19) EN COLOMBIA. 2022;Enero 2022:1–21. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/gips21-lineamientos-uso-pruebas-diagnosticas-sars-cov-2-covid19-2021.pdf>
43. Todo B. Minsalud anuncia cambios en lineamientos de aislamiento y toma de pruebas. 2022;1–7. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-anuncia-cambios-en-lineamientos-de-aislamiento-y-toma-de-pruebas-.aspx>
44. Yan K, Yan H, Gupta R. The predicted trend of COVID-19 in the United States of America under the policy of “Opening Up America Again.” Infect Dis Model [Internet]. 2021;6(February 2020):766–81. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.idm.2021.05.005>
45. El tiempo. La historia secreta de los primeros casos de covid-19 en Colombia. Unidad de salud [Internet]. 2021;1–9. Available from: <https://www.eltiempo.com/salud/covid-19-asi-se-detectaron-los-primeros-casos-de-coronavirus-en-colombia-571490>
46. Minsalud (Ministerio de Salud y protección Social). Colombia confirma su primer caso de COVID-19 [Internet]. Ministerio de Salud. 2020. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-confirma-su-primer-caso-de-COVID-19.aspx>
47. CEPAL. Observatorio Demográfico América Latina y el Caribe 2020. Mortalidad por COVID-19: evidencias y escenarios | Publicación | Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Internet]. 2021. 59 p. Available from: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46640-observatorio-demografico-america-latina-caribe-2020-mortalidad-covid-19>
48. Cotes-cantillo K, Vargas-sandoval G, Chaparro-narváez P, Maldonado-maldonado L, Camerano-ruiz R, García-salazar A, et al. 1. 13. COVID-19, progreso de la pandemia y su impacto en las desigualdades en Colombia. Available from: https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/13_COVID-19_progreso_de_la_pandemia_y_su_impacto_en_las_desigualdades_en_Colombia.pdf
49. Nirmatrelvir con ritonavir en el tratamiento de los enfermos con COVID-19.pdf

- [Internet]. Available from: <https://empendium.com/manualmibe/covid19/294765,nirmatrelvir-con-ritonavir-en-el-tratamiento-de-los-enfermos-con-covid-19>
50. Tejada-López Y, Goicochea-Ríos E del S, Guzmán-Aybar OY. Clinical epidemiological characteristics of patients diagnosed with SARS-CoV-2. Hospital I Florencia de Mora EsSalud – La Libertad, 2020. Rev la Fac Med Humana [Internet]. 2021;21(4):696–703. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312021000400714&lang=es
 51. Yue HY, Zhang HJ, Huang S, Lu XX, Gao X, Song SS, et al. Journal Pre proof Evaluation of Combining Dexamethasone and Tocilizumab Treatment on Hematological Parameters in COVID-19 Patients with Chronic Disease. Mater Sci Eng C [Internet]. 2019;(Highly sensitive and selective dopamine biosensor using Au nanoparticles-ZnO nanocone arrays/graphene foam electrode):110490. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.msec.2019.110490>
 52. Juul S, Nielsen EE, Feinberg J, Siddiqui F, Jørgensen CK, Barot E, et al. Interventions for treatment of COVID-19: Second edition of a living systematic review with meta-analyses and trial sequential analyses (The LIVING Project). PLoS One [Internet]. 2021;16(3 March):1–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33705495/>
 53. Jaramillo Cárdenas RJ, Trujillo Alzate YA, Blanquissett Herrera ER, Lopez Vidal AC, Gonzales Quintero R. Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales Departamento del Quindío. 2019;414. Available from: https://quindio.gov.co/home/docs/items/item_196/ASIS_DEPARTAMENTO_DEL_QUINDIO_2020_FINAL_2.pdf

13 ANEXOS

13. 1 Consentimiento informado

Este tipo de estudio no requiere consentimiento informado

13. 2 Instructivos

El instrumento en el cual se basó la investigación pertenece al Instituto Nacional de Salud, es un sistema de información en el cual se realiza un reporte de evento 346 Infección Respiratoria Aguda por virus nuevo, enfermedad de interés en salud pública, (SIVIGILA).

El formulario de notificación de Datos Básicos es una herramienta que permite obtener información priorizada sobre variables de tiempo, lugar y personas para informar sobre diversos eventos de interés en salud pública y distinguir claramente las características de las poblaciones asociadas a los eventos reportados (variables universales), y los lugares y tiempos específicos en los que ocurren.

El diligenciamiento de la ficha de notificación es un documento médico legal, por lo tanto, no debe llevar errores, ni enmendaduras, diligenciado en su totalidad con tinta negra.

El evento es de notificación inmediata y la ficha de notificación cuenta con dos caras, A y B, en la cara A se encuentran los datos básicos, información general, identificación del paciente, notificación y espacio exclusivo para entes territoriales, la cara B, tiene relación con datos básicos, porque se notifica el caso como IRA por virus nuevo, antecedentes clínicos, diagnóstico y tratamiento, antecedentes vacúnales y datos de laboratorio.

Las variables utilizadas del instructivo, las usadas pertenecen a la identificación del paciente, edad, sexo, departamento y municipio de procedencia, ocupación y grupos poblaciones; en la notificación, fueron incluidas, hospitalizados, recuperados, fallecidos y en casa.

13. 3 Instrumento de recolección de información



SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
Subsistema de información SIMIGILA
Ficha de notificación individual



Datos básicos

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 127309 y 128009

1. INFORMACIÓN GENERAL				FOR-002-0000-001 V:10 2021-05-23
1.1 Código de la UPGD <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Departamento Municipio Código Escalón </div>		Razón social de la entidad primaria generadora del dato		
1.2 Nombre del evento		Código del evento	1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa)	
2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE				
2.1 Tipo de documento <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> MB <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> BC <input type="checkbox"/> DE			2.2 Número de identificación	
<small>NC - PASAPORTE CAS; TI - TALENTO DEMOSTRO; CC - CÉDULA CIUDADANA; CE - CÉDULA ESTUDIANTE; PA - PASAPORTE; MB - MINOR DE EDAD; AS - ADULTO DE EDAD; PE - PASAPORTE ESPECIAL DE PENSIÓNADA; CN - CÉDULA DE NACIDO EN EL EXTERNO; CD - CÉDULA DE NACIDO EN EL EXTERNO; BC - PASAPORTE; DE - DOCUMENTO EXTRANJERO</small>				
2.3 Nombre y apellidos del paciente				2.4 Teléfono
2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	2.6 Edad	2.7 Unidad de medida de la edad <input type="checkbox"/> 1. Años <input type="checkbox"/> 2. Días <input type="checkbox"/> 3. Meses <input type="checkbox"/> 4. Horas <input type="checkbox"/> 5. No aplica		2.8 Sexo <input type="checkbox"/> M. Masculino <input type="checkbox"/> F. Femenino
2.9 País de ocurrencia del caso		2.10 Departamento y municipio de presentación del caso	2.11 Área de ocurrencia del caso <input type="checkbox"/> 1. Cabecera municipal <input type="checkbox"/> 2. Rural disperso <input type="checkbox"/> 3. Centro poblado	
2.12 Localidad de ocurrencia del caso	2.13 Barrio de ocurrencia del caso	2.14 Censo censatario poblacional del caso	2.15 Veredales	
2.16 Ocupación del paciente	2.17 Tipo de régimen de salud <input type="checkbox"/> F. Seguro <input type="checkbox"/> C. Contributivo <input type="checkbox"/> N. No asegurado <input type="checkbox"/> E. Especial <input type="checkbox"/> S. Subsidio <input type="checkbox"/> I. Interoctural pendiente		2.18 Número de la administración de planes de beneficios	
2.19 Pertenencia étnica <input type="checkbox"/> 1. indígena <input type="checkbox"/> 2. Raíz, Gitano <input type="checkbox"/> 3. Raza <input type="checkbox"/> 4. Pasaporto <input type="checkbox"/> 5. Negro, mulato otro colorado <input type="checkbox"/> 6. Otro				2.21 Barrios
2.22 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente <input type="checkbox"/> Desplazados <input type="checkbox"/> Migrantes <input type="checkbox"/> Gestantes <input type="checkbox"/> Sin documento de identidad <input type="checkbox"/> Población en el cargo del ICJF <input type="checkbox"/> Desmovilizados <input type="checkbox"/> Víctimas de violencia armada <input type="checkbox"/> Desplazados <input type="checkbox"/> Caracoles <input type="checkbox"/> Indígenas <input type="checkbox"/> Madres con caracoles <input type="checkbox"/> Centros psiquiátricos <input type="checkbox"/> Otros grupos poblacionales				
3. NOTIFICACIÓN				
3.1 Fuente <input type="checkbox"/> 1. Notificación telefónica <input type="checkbox"/> 4. Búsqueda activa caso <input type="checkbox"/> 2. Búsqueda activa ins. <input type="checkbox"/> 3. Investigaciones <input type="checkbox"/> 3. Vigilancia intensificada		3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente País: [] [] [] [] Departamento: [] [] [] [] Municipio: [] [] [] []		
3.3 Dirección de residencia				
3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa)	3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)		3.6 Clasificación inicial de caso <input type="checkbox"/> 1. Sospechoso <input type="checkbox"/> 2. Conf. por Microsc. <input type="checkbox"/> 3. Probable <input type="checkbox"/> 4. Conf. Clínica <input type="checkbox"/> 5. Conf. neo-epidemiológico	
3.7 Hospitalizado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)		3.9 Condición final <input type="checkbox"/> 1. Viva <input type="checkbox"/> 2. Muerto <input type="checkbox"/> 3. No sabe, no responde	
3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)		3.11 Número certificado de defunción		
3.12 Causa básica de muerte		3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha		3.14 Teléfono
4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES				
4.1 Seguimiento y clasificación final del caso <input type="checkbox"/> 0. No aplica <input type="checkbox"/> 1. Conf. Clínica <input type="checkbox"/> 2. Descurtido <input type="checkbox"/> 3. Descurtido por error de diagnóstico <input type="checkbox"/> 4. Conf. por laboratorio <input type="checkbox"/> 5. Conf. neo-epidemiológico <input type="checkbox"/> 6. Otro actualizado			4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)	

Correos: sivigila@ins.gov.co



SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
Subsistema de información SIVIGILA



Ficha de notificación individual – Datos complementarios

Infección respiratoria aguda por virus nuevo, Cod INS 346

La ficha de notificación es para fines de registro en salud pública y todas las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confiabilidad de la información. Ley 127338 y 128038

EVENTO DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA

RELACION CON DATOS BÁSICOS

FOR-R21-6980-873 V.02 2021-05-23

A. Nombre y apellidos del paciente	B. Tipo de ID*	C. Número de identificación
------------------------------------	----------------	-----------------------------

5. ¿POR QUÉ SE NOTIFICA EL CASO COMO IRA POR VIRUS NUEVO?

5.1 ¿Viajó a áreas de circulación del virus?	5.1.1 ¿El viaje fue en el territorio nacional?	5.1.1.1 ¿Ciudad?	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No	<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No		Departamento/Municipio
	5.1.2 ¿El viaje fue internacional?	5.1.2.1 ¿País?	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No		Código País

5.2 ¿Tiene contacto estrecho en los últimos 14 días con un caso probable o confirmado con infección respiratoria aguda grave por virus nuevo? 1. Sí 2. No

5.3 ¿Reporta alguno de los siguientes síntomas?

Tos Fiebre Dolor de garganta (faringitis) Dificultad respiratoria Fiebre o escalofríos Fiebre Cansancio

Cefalea Dolor Puntos de dolor y/o picor Otros

5.3.1 ¿Cuáles otros?

6. ANTECEDENTES CLÍNICOS

6.1 ¿Reporta alguno de los siguientes antecedentes clínicos?

Síndrome SPOC Diabetes VIH Enfermedad cardíaca Cáncer Malnutrición Obesidad Insuficiencia renal

Toma medicamentos inmunosupresores Fumador Alérgico/a Tuberculosis Otros

6.1.1 ¿Cuáles otros?

7. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

7.1 ¿Es caso de diagnóstico de laboratorio? 1. Infección aguda o recurrente 2. Infección latente 3. Infección localizada 4. Síndrome clínico establecido

7.2 ¿Dónde se realizó el diagnóstico? 1. Hospitalización general 2. UCI

7.2.1 Fecha de ingreso a UCI (dd/mm/aa)

7.3 ¿Cuáles complicaciones, ¿Cuáles se presentaron?

1. Detección pulmonar 2. Septicemia

3. Detección peritoneal 4. Fiebre persistente

5. Miocarditis 6. Otra

7.3.1 ¿Días cuales?

8. ANTECEDENTES VACUNALES

8.1 Vacuna COVID-19 1. Sí 2. No 3. Desconocido

8.1.1 Dosis

8.1.2 Fecha (Última dosis (dd/mm/aa))

8.1.3 Dónde de la vacuna

9. DATOS DE LABORATORIO

La información relacionada con los resultados debe ingresarse a todos los niveles de laboratorio del establecimiento

9.1 Fecha de toma (dd/mm/aa) Fecha de recepción (dd/mm/aa) Método Prueba Agente Resultado Fecha de recepción (dd/mm/aa) Tipo registrado

9.2 Fecha de toma (dd/mm/aa) Fecha de recepción (dd/mm/aa) Método Prueba Agente Resultado Fecha de recepción (dd/mm/aa) Tipo registrado

Marque así:

Método: 1. Sangre total | 2. Frotis de esputo | 3. Frotis de nasofaringe | 4. Tórax | 5. Esputo por centrifugación | 6. Otros frotis de esputo | 7. Lavados nasales

Prueba: 2. IgM (I, IgG) | 4. PCR (S, P, Paco) | 31. Inmunofluorescencia | 32. Inhibición hemaglutinante | 33. Cultivo | 34. PF | 35. Serología | 36. Western blot | 37. Serología de anticuerpos | 38. IgG - IgM

Agente: 4. Otro | 14. Adenovirus | 15. Virus de la gripe | 22. Metapneumovirus | 23. Streptococcus pneumoniae | 40. Influenza A (H1N1) | 41. Influenza A (H3N2) | 42. Parainfluenza 1 | 43. Parainfluenza 2 | 44. Parainfluenza 3 | 45. Rotavirus | 46. Influenza A (H5N1) | 47. Influenza A no subtipificada | 48. Sincicivirus | 49. Coronavirus | 76. Metapneumovirus | 77. Hantavirus | 84. Otro coronavirus | 85. Coronavirus SARS-CoV-2 | 86. Coronavirus nuevo del género de la familia de Coronaviridae | 87. Coronavirus subtipo 229E | 88. Coronavirus subtipo NL63 | 89. Coronavirus subtipo HKU1 | 90. Coronavirus subtipo NL63 | 91. Coronavirus subtipo 229E | 92. Influenza A (H5N1) | 93. Parainfluenza tipo 4 | 94. Coronavirus subtipo 229E

Resultado: 1. Positivo | 2. Negativo | 3. No procesado | 4. Indefinido | 5. Virus registrado | 10. Contaminado con sangre | 11. Mancha oscura de los anticuerpos

Contacto: sivigila@ins.gov.co

**INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FICHAS DE NOTIFICACIÓN
DATOS BÁSICOS**

3.5 Fecha de inicio de síntomas	Formato día/mes/año. Se diligencia la fecha del primer día en que el paciente inició síntomas del evento acorde a la definición de caso.	* Para sistematizar la información tenga en cuenta que la fecha de inicio de síntomas NO debe ser superior a la fecha de consulta y a la fecha de notificación. Si esto sucede se tomará como un error en el sistema y no se podrá continuar con la digitación de la fecha de notificación.	SI
3.6 Clasificación inicial del caso	En la notificación inicial, seleccione únicamente una categoría de la variable. Cada evento tiene una clasificación de caso específica, la cual es acorde a lo descrito en el protocolo. Es importante que aquellos eventos que ingresan probables y sospechosos, sean ingresados con esa clasificación y que se entienda que son detectados de forma oportuna, de lo contrario, es decir, si ingresan confirmados, corresponden a una falla en la pronta identificación del evento.	*Para la sistematización, los valores permitidos en esta variable dependen del evento que se va a notificar.	SI
3.7 Hospitalizado	Marque con una X la opción según corresponda. Hospitalización debida al evento que se está notificando.	* Ingrese la información solicitada, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso.	SI
3.8 Fecha de hospitalización	Formato día/mes/año. Se diligencia la fecha en la que el paciente fue hospitalizado como consecuencia del evento que se está notificando.	* Tenga en cuenta que para la sistematización la fecha de hospitalización no puede ser inferior a la fecha de consulta, ni a la fecha de notificación.	SI
3.9 Condición final	Variable de única selección. 0 = Solo aplica cuando se capta el caso por BAI y se desconoce el dato, o para defectos congénitos cuando la unidad de medida es "0" 1 = Vivo 2 = Muerto Tenga en cuenta que es importante establecer si la muerte fue debida al evento de interés en salud pública para diligenciar esta variable.	* Tenga en cuenta que para la sistematización de la información se debe diligenciar la condición final del paciente al momento de la notificación, la cual se deriva del evento que se está notificando.	SI
3.10 Fecha de defunción	Formato día/mes/año. Se diligencia la fecha en la que el paciente fallece como consecuencia del evento que se está notificando. Se debe diligenciar si en la variable "3.9 Condición final" es 2 = Muerto*	* Se diligencia dependiendo de la respuesta de la variable 3.9 "2 = Muerto".	SI
3.11 Número de certificado de defunción	Número consecutivo que aparece en la parte superior derecha del certificado de defunción diligenciado si la "3.9 Condición final" es 2 = Muerto*	* Se diligencia dependiendo de la respuesta de la variable 3.9 "2 = Muerto". Debe estar diligenciado el registro, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con la sistematización de la ficha.	SI
3.12 Causa básica de muerte	Diagnóstico CIE X, que ocasionó la muerte del caso y que esta relacionado con el evento de interés en salud pública.	* Se diligencia una vez la respuesta de la variable 3.9 sea "2 = Muerto"	SI
3.13 Nombre de profesional que diligencia la ficha	Nombre de la persona que diligenció la ficha de notificación en la UPGD o UI	* Para la sistematización de la información debe diligenciar los datos solicitados, de lo contrario el sistema no permitirá el ingreso de la ficha de notificación.	SI
3.14 Teléfono	Número telefónico de contacto de la persona que realiza la notificación, preferiblemente el número celular para poder contactarlo en caso de ser requerido.	* Para la sistematización de la información debe diligenciar los datos solicitados, de lo contrario el sistema no permitirá el ingreso de la ficha de notificación.	SI
4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES			
4.1 Seguimiento y clasificación final del caso	Estos son los valores que se relacionan para definir la clasificación final del caso, posterior de obtener resultados de laboratorio o análisis del caso. Corresponde a la clasificación definitiva del caso. 0 = No aplica (es el valor por defecto del sistema si el caso es nuevo o no ha sido ajustado) 1 = Confirmado por laboratorio 2 = Confirmado por clínica 3 = Confirmado por nexo epidemiológico 4 = Descartado: puede ser por criterio epidemiológico, por laboratorio, porque no cumple la condición del caso, etc. 5 = Otra actualización: quiere decir que se puede modificar cualquier campo excepto código de evento, Uepd, número de id, fecha de notificación. Esto, después de haber notificado el caso. 6 = Error de digitación por las siguientes razones: - el evento notificado es errado, por ejemplo, se digitaron los datos para el evento parotiditis y realmente se trataba de un caso de varicela. - cuando al menos una de las variables de la llave primaria (código de evento, año, semana epidemiológica, código de prestador, código sub-índice del prestador, tipo de identificación y número de identificación) fueron mal digitadas, ya que es posible modificarlas una vez hayan sido notificadas (generación del archivo plano).	Los tipos de ajuste permitidos y los tiempos para el ajuste de casos, se encuentran definidos en los protocolos de vigilancia en salud pública.	SI
4.2 Fecha de ajuste	Formato día/mes/año; corresponde a la fecha en la que se ajustó la clasificación inicial del caso.		SI

13.4 Tabla. de objetivos, variables e indicadores

13.4.1 Objetivos, variables e indicadores demográficos

OBJETIVOS	CONCEPTOS	DEFINICION	VARIABLE	DEFINICIÓN	CATEGORIA	DEFINICION	INDICADOR
Describir las características demográficas de los casos diagnosticados con la patología de estudio.	Características demográficas	Información de grupos: Edad, genero, tipo de régimen de afiliación y EAPB	Edad	Tiempo en el que discurre la existencia de un ser vivo	Número en años	La edad en años que tienen una persona	Porcentaje de casos por edad
			Genero	Se Refiere a las características biológicas y fisiológicas que definen al hombre y a la mujer	Masculino	Concepto biológico que comprende ser hombre	Porcentaje de varones que con pruebas positivas para COVID-19
					Femenino	Concepto biológico que comprende ser Mujer	Porcentaje de mujer que con pruebas positivas para COVID-19
			Tipo de régimen de afiliación y EAPB	Corresponde a la pertenencia en la afiliación para el sistema de seguridad social en salud	Contributivo	Afiliación a la salud a través de pagos del cotizante	Porcentaje de afiliados al régimen contributivo
					Subsidiado	Población con bajos recursos tiene acceso a los servicios de salud por medio de un subsidio del estado	Porcentaje de afiliados al régimen subsidiado
					Especial	Con aportes a la pensión diferenciales como la policía y el ejercito	Porcentaje de afiliados al régimen especial

					No asegurados	Que no se encuentra afiliada a ningún régimen	Porcentaje de no asegurase al régimen de salud
					Otros	Que pertenecen a un régimen privado, magisterios públicos y ajustes de EAPB	Porcentaje de afiliados a otros regímenes
		Grupos poblacionales de pertenencia	Corresponde a las características que tiene un individuo y forma parte en cada territorio		Otro	Que no pertenecen a ningún grupo poblacional	Porcentaje de personas que no pertenecen a ningún grupo poblacional
				Carcelario	Que ha ido a la cárcel por incumplimiento de las leyes	Porcentaje de personas que pertenece a las poblaciones carcelarias	
				Migrante	Individuo que se ha desplazado a través de una frontera local, nacional o internacional	Porcentaje de personas que pertenece a las poblaciones migrante	
				Gestante	Que lleva en el útero un feto	Porcentaje de personas que pertenece a la población gestante	
				Psiquiátrico	Imposibilidad para enfrentar los dificultades y estrés de la vida	Porcentaje de personas que pertenecen a la población psiquiátrica	
				Indígena	Persona que comparte identificación con pasado aborígen, rasgos y valores de su cultura tradicional	Porcentaje de personas que pertenece a la población indígena	

					ROM	Gitanos, cultura propia práctica nómadas	Porcentaje de personas que pertenece a la población ROM
					Afro	Afrocolombiana o negro que posee su propia cultura	Porcentaje de personas que pertenece a las poblaciones Afro
					Habitante de calle	Personas que por algún motivo viven en la calle en condiciones precarias	Porcentaje de personas que pertenece a la población habitante de calle
					Discapacitado	Limitación física o mental que impide el desarrollo normal de una persona	Porcentaje de personas que pertenece a la población discapacitada
					Desplazado	Persona que ha sido obligada a abandonar su vivienda por conflicto armando, desastres, o violencia	Porcentaje de personas que pertenece a la población desplazada
			Municipio	Área geográfica que está definida por un perímetro urbano, cuyos límites se establecen por acuerdos del Concejo Municipal (DANE)	Armenia	Municipio del del Quindío	Porcentaje de personas contagiadas por COVID-19 en Armenia
			Génova		Porcentaje de personas contagiadas por COVID-19 en Génova		
			Buenavista		Porcentaje de personas contagiadas por COVID-19 a Buenavista		
			Pijao		Porcentaje de personas contagiadas por COVID-19 en Pijao		

					Córdoba	Porcentaje de personas contagiadas por COVID-19 Córdoba
					Calarcá	Porcentaje de personas contagiadas por COVID-19 en Calarcá
					Circasia	Porcentaje de personas contagiadas por COVID-19 Circasia
					Salento	Porcentaje de personas contagiadas por COVID-19 en Salento
					La Tebaida	Porcentaje de personas contagiadas por COVID-19 en La Tebaida
					Montenegro	Porcentaje de personas contagiadas por COVID-19 en Montenegro
					Quimbaya	Porcentaje de personas contagiadas por COVID-19 en Quimbaya

14.4.2 Objetivos, variables e indicadores epidemiológico

OBJETIVOS	CONCEPTOS	DEFINICIÓN	VARIABLE	DEFINICIÓN	CATEGORÍA	DEFINICIÓN	INDICADOR
Describir las características demográficas de los casos diagnosticados con la patología de estudio.	Características demográficas	Información de grupos: Edad, genero, tipo de régimen de afiliación y EAPB, grupos poblacionales de pertenencia y Municipio	Edad	Tiempo en el que discurre la existencia de un ser vivo	Número en años	La edad en años que tienen una persona	Porcentaje de casos por edad
			Genero	Se Refiere a las características biológicas y fisiológicas que definen al hombre y a la mujer	Masculino	Concepto biológico que comprende ser hombre	Porcentaje de varones que con pruebas positivas para COVID-19
					Femenino	Concepto biológico que comprende ser Mujer	Porcentaje de mujer que con pruebas positivas para COVID-19
			Tipo de régimen de afiliación y EAPB	Corresponde a la pertenencia en la afiliación para el sistema de seguridad social en salud	Contributivo	Afiliación a la salud a través de pagos del cotizante	Porcentaje de afiliados al régimen contributivo
					Subsidiado	Población con bajos recursos tiene acceso a los servicios de salud por medio de un subsidio del estado	Porcentaje de afiliados al régimen subsidiado
					Especial	Con aportes a la pensión diferenciales como la policía y el ejercito	Porcentaje de afiliados al régimen especial
					No asegurados	Que no se encuentra afiliada a ningún régimen	Porcentaje de no asegurase al régimen de salud
Otros	Que pertenecen a un régimen privado, magisterios públicos y ajustes de EAPB	Porcentaje de afiliados a otros regímenes					

					Otro	Que no pertenecen a ningún grupo poblacional	Porcentaje de personas que no pertenecen a ningún grupo poblacional
					Carcelario	Que ha ido a la cárcel por incumplimiento de las leyes	Porcentaje de personas que pertenece a las poblaciones carcelarias
					Migrante	Individuo que se ha desplazado a través de una frontera local, nacional o internacional	Porcentaje de personas que pertenece a las poblaciones migrante
			Grupos poblacionales de pertenencia	Corresponde a las características que tiene un individuo y forma parte en cada territorio	Gestante	Que lleva en el útero un feto	Porcentaje de personas que pertenece a la población gestante
					Psiquiátrico	Imposibilidad para enfrentar los dificultades y estrés de la vida	Porcentaje de personas que pertenecen a la población psiquiátrica
					Indígena	Persona que comparte identificación con pasado aborígen, rasgos y valores de su cultura tradicional	Porcentaje de personas que pertenece a la población indígena
					ROM	Gitanos, cultura propia práctica nómadas	Porcentaje de personas que pertenece a la población ROM
					Afro	Afrocolombiana o negro que posee su propia cultura	Porcentaje de personas que pertenece a las poblaciones Afro
						Personas que por algún motivo viven	Porcentaje de personas que

					Habitante de calle	en la calle en condiciones precarias	pertenece a la población habitante de calle
					Discapacitado	Limitación física o mental que impide el desarrollo normal de una persona	Porcentaje de personas que pertenece a la población discapacitada
					Desplazado	Persona que ha sido obligada a abandonar su vivienda por conflicto armado, desastres, o violencia	Porcentaje de personas que pertenece a la población desplazada
			Municipio	Área geográfica que está definida por un perímetro urbano, cuyos límites se establecen por acuerdos del Concejo Municipal (DANE)	Armenia	Municipio del Departamento del Quindío	Porcentaje de personas contagiadas por COVID-19 en Armenia
					Génova		Porcentaje de personas contagiadas por COVID-19 en Génova
					Buenavista		Porcentaje de personas contagiadas por COVID-19 a Buenavista
					Pijao		Porcentaje de personas contagiadas por COVID-19 en Pijao
					Córdoba		Porcentaje de personas contagiadas por COVID-19 Córdoba
					Calarcá		Porcentaje de personas

							contagiadas por COVID-19 en Calarcá
					Circasia		Porcentaje de personas contagiadas por COVID-19 en Circasia
					Salento		Porcentaje de personas contagiadas por COVID-19 en Salento
					La Tebaida		Porcentaje de personas contagiadas por COVID-19 en La Tebaida
					Montenegro		Porcentaje de personas contagiadas por COVID-19 en Montenegro
					Quimbaya		Porcentaje de personas contagiadas por COVID-19 en Quimbaya

13.4.3 Objetivos, variables e indicadores clínico

OBJETIVOS	CONCEPTOS	DEFINICIÓN	VARIABLE	DEFINICIÓN	CATEGORÍA	DEFINICIÓN	INDICADOR
Establecer el comportamiento clínico en la población de estudio	Comportamiento clínico		Comportamiento a través del tiempo	Tiempo transcurrido desde inicio del primer caso hasta diciembre del 2021 de COVID-19 en el departamento del Quindío	Fecha ingreso 2020-2021	Fecha en que ingreso el primer caso a la base covid positivos hasta diciembre 2021	Distribución de casos de infección por COVID-19 en el Quindío 2020-2021
			Estado del paciente	Son las expectativas de vida que tiene un paciente	Leve	Que no sufren complicaciones durante la enfermedad	Porcentaje de casos que tuvieron estado leve de la enfermedad por covid 19
					Moderado	Presentan signos y síntomas, pero no comprometen la vida	Porcentaje de casos que tuvieron estado moderado de la enfermedad por covid 19
					Grave	Complicaciones durante la enfermedad que comprometen la vida	Porcentaje de casos que tuvieron estado grave de la enfermedad por covid 19
	Mortalidad	.fallecido	Los datos de mortalidad indican el número de defunciones	Morir, dejar de vivir una persona			

			Desenlace			por lugar, intervalo de tiempo y causa	
				Letalidad	Recuperado .	Cociente entre el número de fallecimientos a causa de una determinada enfermedad en un período de tiempo y el número de afectados por esa misma enfermedad en ese mismo período'	Todas las pacientes que sobreviven a la enfermedad por COVID-19
			síntomas	Alteración del organismo que manifiesta la presencia de una enfermedad	Asintomáticos	Paciente sin signos y síntomas con prueba positiva para COVID-19	Porcentaje de pacientes asintomáticos con prueba positiva para COVID-19
					Sintomáticos	signos y síntomas con prueba positiva para COVID-19	Porcentaje de pacientes sintomáticos con prueba positiva para COVID-19