

Consenso Panamericano para la Atención Basada en Evidencias de la Infección por SARS-CoV-2 y Enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19) – Asociación Panamericana de Infectología

2-3 – Definiciones de Caso y Clasificación Clínica

Tânia S. Souza Chaves,^{1,2,3} Karis Maria de Pinho Rodrigues,^{4,5} Rita Rojas,⁶ Miguel Morales,⁷ Alfonso J. Rodríguez-Morales,^{8,9,*} en nombre del Grupo de Expertos del Consenso COVID-19 de API*.

¹Instituto Evandro Chagas, Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde do Brasil, Rodovia BR 316 Km 07, S/N, CEP 67030-000, Ananindeua, Pará, Brasil.

²Faculdade de Medicina da Universidade Federal Do Pará, Belém/Pará, Brasil.

³Centro Universitário Do Pará/Medicina, Belém/Pará, Brasil.

⁴Departamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁵Centro de informação em Saúde para Viajantes, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁶Hospital General Plaza de la Salud, Santo Domingo, República Dominicana.

⁷Taller Venezolano de VIH, Caracas, DC, Venezuela.

⁸Grupo de Investigación Salud Pública e Infección, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Risaralda, Colombia.

⁹Grupo de Investigación Biomedicina, Faculty of Medicine, Fundación Universitaria Autónoma de las Américas, Pereira, Risaralda, Colombia.

*Listado completo de participantes al final del documento.

Rev Panam Enf Inf 2020; 3(1):6-10.

Recibido 1 Abril 2020 - Accepted 10 Agosto 2020.

Copyright © 2020 Chaves et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Resumen

En el presente, segundo componente, se discuten las Definiciones de caso y Clasificación Clínica en la infección por virus SARS-CoV-2/COVID-2.

Palabras Clave: SARS-CoV-2; COVID-19; Consenso; Diagnóstico; Tratamiento; Prevención.

Abstract

In the current, second component, we discuss the Case definitions and Clinical Classification for the SARS-CoV-2 infection/COVID-19.

Key words: SARS-CoV-2; COVID-19; Consensus; Diagnostic; Treatment; Prevention.

2. Definiciones de Caso

La definición del caso se basa en la información disponible y se revisa periódicamente a medida que se acumula nueva evidencia. Se trata del conjunto de criterios que se deben cumplir para identificar como caso de una infección o enfermedad.

La revisión de las definiciones de casos permite agregar nuevos casos retrospectivamente a las estadísticas ya realizadas.

Como se trata de una infección que apareció en una determinada región del planeta y se propaga por todo el

mundo, la definición de caso también depende de la aparición o no de la transmisión local [1-10].

2.1. Caso sospechoso

Dependiendo del país, legislación local o acceso a la salud, en algunos casos es recomendable que todos los pacientes sean controlados al menos una vez por un médico, incluyendo la posibilidad de servicios de telemedicina.

A. Cualquier paciente que presente fiebre (temperatura axilar mayor a 37,8°C), sin otra causa evidente, asociada

con cualquiera de los siguientes síntomas: tos, odinofagia, disnea, dolor torácico, rinorrea, alteración aguda del olfato (anosmia), gusto (disgeusia), astenia, diarrea, adinamia, dolor corporal generalizado, asociado a historia de residencia o viaje a un lugar donde hay transmisión local comprobada de COVID-19, 14 días previo al inicio de los síntomas de la enfermedad [5-15].

*Algunas personas pueden no tener fiebre o síntomas respiratorios, en cambio puede manifestarse con diarrea, cefalea, mialgia, náuseas, vómitos, confusión o irritabilidad.

B. Paciente con síntomas respiratorios que tiene antecedentes de contacto con un caso confirmado de COVID-19 en los 14 días previo al inicio de los síntomas de la enfermedad.

C. Paciente que presente síntomas respiratorios de evolución rápida y grave (fiebre, tos, disnea con indicación de hospitalización), sin otro diagnóstico probable que explique el caso, en áreas con circulación viral de SARS-CoV-2.

2.2. Caso probable

A. Casos sospechosos en los que se han excluido otras etiologías posibles y la prueba de laboratorio para SARS-CoV-2 no es concluyente o para quien la prueba no pudo realizarse.

B. Casos sospechosos en los que la presencia de SARS-CoV-2 en una muestra clínica - hisopado nasofaríngeo u orofaríngeo no ha sido confirmada por RT-PCR o NAAT, pero ha presentado detección de IgM e IgG en muestras subsecuentes, siendo excluido otras etiologías posibles.

C. Persona que ha estado en contacto con caso confirmado por laboratorio con prueba RT-PCR, que presenta criterios clínicos y no puede ser confirmado.

2.3. Caso confirmado

A. Caso sospechoso o individuo en el que la presencia de SARS-CoV-2 en una muestra clínica - hisopado nasofaríngeo y/u orofaríngeo ha sido confirmada por detección de ácido nucleico usando RT-PCR o NAAT, independientemente de los signos y síntomas clínicos [3-12].

B. Elevación significativa de IgG en muestras pareadas (con ensayos validados). A partir de dos semanas después de los primeros síntomas.

2.4. Definición de contacto:

- Persona conviviente de un paciente con COVID-19.
- Persona que tuvo contacto físico directo con una persona diagnosticada con COVID-19.
- Persona que tuvo contacto directo con secreciones respiratorias de un individuo con COVID-19.
- Persona que tuvo contacto a menos de 2 metros de una persona con COVID-19 durante más de 15 minutos sin la protección adecuada (ej, mascarilla) dependiendo de la circunstancia (ej, contacto social, personal de la salud).
- Pasajero aéreo a una distancia de dos asientos de un paciente con COVID, compañeros de viaje y personal a bordo que atendió al pasajero o pasajero terrestre que comparte un mismo automóvil.

2.4. ¿Qué pacientes con sospecha de infección o infección confirmada por SARS-CoV-2/COVID-19 deben solicitar servicios médicos?

Dependiendo del país, legislación local o acceso a la salud, en algunos casos es recomendable que todos los pacientes sean manejados al menos una vez por un médico, incluyendo la posibilidad de servicios de telemedicina.

Pacientes que se presentan con:

- Disnea (incluyendo aparición de disnea al esfuerzo)
- Evidencia de insuficiencia respiratoria
- Hemoptisis u otras hemorragias
- Alteración del estado de conciencia
- Signos de choque, hipotensión o desmayo
- Incapacidad de moverse de forma autónoma o proporcionarse autocuidado
- Cualquier otra situación que requiera hospitalización, después de evaluación por un profesional de la salud.

3. Clasificación Clínica

La clasificación de COVID-19 no se desarrolla con un marco basado en evidencia, pero formado a través de un proceso de consenso. La estratificación de la enfermedad se adaptó de las definiciones publicadas de España, China, Italia y Alfred Health en Melbourne, Australia [7-12].

3.1. ¿Cuáles son los elementos para establecer la gravedad de la infección por SARS-CoV-2/COVID-19?

No existe una clasificación clínica ampliamente validada de COVID-19. Según los datos expuestos por el CDC de la China, los grupos con mayor riesgo de desarrollar enfermedad grave por COVID-19 son las personas que tienen:

- Más de 65 años
- Enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial
- Enfermedad Renal Crónica
- Diabetes mellitus
- Obesidad
- Enfermedades Pulmonares crónicas
- Malignidad
- Inmunodepresión
- Embarazo.

También se consideran más vulnerables las personas que viven o trabajan en instituciones cerradas, con especial atención a las personas mayores que viven en residencias. El grupo considerado menos vulnerable por presentar menos complicaciones corresponde a los menores de 18 años, que también se describen en este apartado [8-15].

Casos asintomáticos

En la serie más larga publicada por Centro de Control de Enfermedades de China, en la que se describen las características de todos los casos detectados en China continental desde el inicio del brote hasta el 11 de febrero de 2020 (72.314 casos), el 1,2% de los casos fueron asintomáticos. Estos casos se detectaron en el contexto de búsquedas exhaustivas en brotes intrafamiliares y algunos acabaron desarrollando síntomas.

En contraste, en el barco Diamond Princess, cuarentenado en Japón, en el que se realizaron pruebas diagnósticas a 3.700 pasajeros, el 50% de los que tuvieron resultados positivos estaban asintomáticos. Posteriormente, tras 14 días de observación, la mayoría desarrollaron síntomas, siendo el porcentaje de verdaderos asintomáticos de 18% (IC95% 15,5-20,2).

Los pacientes asintomáticos pueden transmitir el virus. En un estudio en el norte de Italia, las cargas virales en hisopados nasales entre individuos asintomático y sintomáticos no eran muy diferentes, lo que sugiere que ambos tienen el mismo potencial de transmisibilidad [9-15].

3.2. ¿Cuáles son las categorías clínicas de la infección por SARS-CoV-2/COVID-19 de acuerdo con la gravedad?

En el estudio de Wu y colegas, que incluyó a 72.314 pacientes, la mayoría de los casos se clasificaron como leves (81%; sin neumonía ni neumonía leve). Se observaron casos graves en el 14% de la población estudiada que presentó disnea, frecuencia respiratoria ≥ 30 /respiraciones por minuto, saturación de oxígeno en sangre $\leq 93\%$, presión parcial de oxígeno arterial por fracción de la proporción de oxígeno inspirado < 300 y / o infiltrados pulmonares $> 50\%$ en 24 a 48 horas.

Los casos críticos representaron el 5%, es decir, evolucionaron con insuficiencia respiratoria, shock séptico y / o insuficiencia orgánica múltiple.

Wang y sus colaboradores han utilizado la siguiente clasificación en cuatro categorías:

1) Enfermedad leve: los casos que no presentan ninguna característica clínica que sugiera un curso complicado de enfermedad con síntomas leves del tracto respiratorio superior y un cuadro clínico estable con algunos síntomas inespecíficos como malestar general, tos, fiebre, dolor muscular, dolor de garganta o síntomas atípicos en ancianos y sin neumonía a través de imágenes radiológicas.

2) Enfermedad moderada: los casos estables que presentan síntomas o signos respiratorios y/o sistémicos. Capaz de mantener la saturación de oxígeno por encima del 92% (o por encima del 90% para pacientes con enfermedad pulmonar crónica) con hasta 4 L/min de oxígeno a través de catéter nasales. Características: postración, astenia severa, fiebre $> 38^{\circ}\text{C}$ o tos persistente signos clínicos o radiológicos de afectación pulmonar sin indicadores clínicos o de laboratorio de gravedad clínica o insuficiencia respiratoria.

3) Enfermedad severa: los casos que cumplen cualquiera de los siguientes criterios de dificultad respiratoria e hipoxia: frecuencia respiratoria ≥ 30 respiraciones/min saturación de oxígeno $\leq 92\%$ en estado de reposo, presión parcial de oxígeno arterial (PaO_2)/fracción de oxígeno inspirado (FiO_2) ≤ 300 y gases en sangre arterial con $\text{PaO}_2 < 60$ mmHg y $\text{PaCO}_2 > 50$ mmHg.

4) Enfermedad crítica: los casos que cumplen cualquiera de los siguientes criterios:

a) Insuficiencia respiratoria

Ocurrencia de insuficiencia respiratoria grave (relación PaO₂/FiO₂ <200), dificultad respiratoria o síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA). Esto incluye pacientes que se deterioran a pesar de las formas avanzadas de soporte respiratorio que requieren ventilación mecánica.

b) Otros signos de deterioro significativo: hipotensión o shock, deterioro de la conciencia u otra falla orgánica.

En un informe preliminar con 22.514 pacientes del Instituto Nacional de Salud de Italia, Livingston describió la clasificación 46,1% como leve, 6,7% como pocos síntomas, 10,6% como síntomas inespecíficos, 6,7% asintomáticos, 24,9% de las formas graves y 5% de los casos clasificados como críticos en necesidad de tratamiento en la unidad de cuidados intensivos.

3.3. ¿Cuáles son las complicaciones que pueden presentar los pacientes con infección por COVID-19/SARS-CoV-2?

A medida que la enfermedad progresa, una serie de complicaciones tienden a ocurrir, especialmente en pacientes críticos ingresados en la unidad de cuidados intensivos incluyendo shock, sepsis, lesión cardíaca aguda, insuficiencia renal aguda lesión e incluso disfunción multiorgánica. Los pacientes pueden manifestar estado mental alterado, bajo oxígeno saturación, disminución de la producción de orina, pulso débil, frío extremidades, presión arterial baja y piel manchada. Además, los pacientes con lesión cardíaca aguda presentarían taquicardia o bradicardia, alteraciones de la conducción y eventual paro cardiorrespiratorio. Los enfermos críticos también pueden sufrir acidosis y aumento de lactato.

Algunos estudios informaron que el valor máximo de temperatura en pacientes fallecidos fue significativamente mayor que el de los sobrevivientes. Por lo tanto, los pacientes que presentan la hipertermia e hipotermia deben excluir las posibilidades de coinfección con bacterias u otros patógenos. En los pocos trabajos que han estudiado complicaciones bacterianas o fúngicas muestran que no sucede inicialmente más que en 10% de los pacientes. Es de considerar, que lo que concierne a infecciones asociadas a respirador, estas son más frecuentes [15].

En estadios de presentación iniciales estas complicaciones ocurren en menos del 10% de los casos, no debiendo guiar a un uso de antimicrobianos inadecuado. En contraste, tras unos días de la internación, debe prestarse atención a la aparición de

neumonía adquirida en el hospital en casos críticos y neumonía asociada al ventilador en aquellos que reciben ventilación mecánica.

La coagulopatía y la trombocitopenia también son comunes. complicaciones por la infección por COVID-19, que aumentan la riesgo de hemorragia y trombosis. Piel moteada, petequeal o erupción purpúrica, aparición de heces negras o hematuria puede encontrar en algunos casos. Pacientes con el síndrome de hipoxemia persistente, dolor torácico, presíncope o síncope y se debe sospechar que la hemoptisis tiene tromboembolismo pulmonar (TEP). La manifestación de dolor en las extremidades, hinchazón, eritema y dilatación superficial las venas deben sospecharse de trombosis venosa profunda (TVP).

Casi 20% de los pacientes tenían coagulación anormal, y la mayoría de los pacientes graves y críticos presentaron trastornos de la coagulación y tenían la tendencia a convertirse en coagulación intravascular diseminada (CID).

Referencias

- [1] Tu H, Tu S, Gao S, Shao A, Sheng J. The epidemiological and clinical features of COVID-19 and lessons from this global infectious public health event. *J Infect.* 2020 Apr 18. pii: S0163-4453(20)30222-X. doi: 10.1016/j.jinf.2020.04.011.
- [2] New Zealand Government. Ministry of Health. COVID-19 Case definitions. Updated 16 Abril 2020.
- [3] Lake, MA. What we know so far: COVID-19 current clinical knowledge and research. *Clin Med (Lond).* 2020 Mar;20(2):124-127. doi: 10.7861/clinmed.2019-coron.
- [4] World Health Organization. Global surveillance for COVID-19 caused by human infection with COVID-19 virus: interim guidance. 20 Mar 2020.
- [5] European Centre for Disease Prevention and Control. Contact tracing: Public health management of persons, including healthcare workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union - second update. 09 April 2020
- [6] Estrategias para aumentar la detección de SARS-Cov-2 en Chile. Consejo Asesor COVID-19 Chile. 26 de Abril, 2020 Plan de Accion Coronavirus. Ministerio Salud, Gobierno de Chile.
- [7] Transmission of 2019-nCoV Infection from an Asymptomatic Contact in Germany. March 5, 2020 *N Engl J Med* 2020; 382:970-971.
- [8] The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. Vital Surveillances: The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19). *China CDC Wkly* [Internet]. febrero de 2020; Disponible en: <http://weekly.chinacdc.cn/en/article/id/e53946e2-c6c4-41e9-9a9b-fea8db1a8f51>

- [9] Mizumoto K, Kagaya K, Zarebski A, Chowell G. Estimating the asymptomatic proportion of coronavirus disease 2019 (COVID-19) cases on board the Diamond Princess cruise ship, Yokohama, Japan, 2020. *Eurosurveillance* [Internet]. 12 de marzo de 2020 [citado 16 de marzo de 2020];25(10):2000180. Disponible en: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.10.2000180>
- [10] Bai Y, Yao L, Wei T, Tian F, Jin D-Y, Chen L, et al. Presumed Asymptomatic Carrier Transmission of COVID-19. *JAMA* [Internet]. 21 de febrero de 2020 [citado 6 de marzo de 2020]; Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2762028>.
- [11] Livingston, E; Bucher, K. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Italy. *JAMA*. 2020;323(14):1335. doi:10.1001/jama.2020.4344
- [12] Wu, Z; McGoogan, JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA* April 7, 2020 Volume 323, Number 13, 1239-1242.
- [13] Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, Wang B, Xiang H, Cheng Z, Xiong Y, Zhao Y, Li Y, Wang X, Peng Z. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA* 2020 Feb 7. [Epub ahead of print] doi: 10.1001/jama.2020.1585
- [14] Zhou, M, Zhang, X, Qu, Jieming. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): a clinical update. *Front. Med.* <https://doi.org/10.1007/s11684-020-0767-8> *Front. Med.* 1-10.
- [15] Rawson TM, Moore LSP, Zhu N, Ranganathan N, Skolimowska K, Gilchrist M, Satta G, Cooke G, Holmes A. Bacterial and fungal co-infection in individuals with coronavirus: A rapid review to support COVID-19 antimicrobial prescribing. *Clin Infect Dis*. 2020 May 2;ciaa530. doi: 10.1093/cid/ciaa530.

***Grupo de Expertos del Consenso COVID-19 de API**

Alejandra Macchi (Argentina),
Alejandro Rísquez (Venezuela),
Alfonso J. Rodríguez-Morales (Colombia),
Ana Paulina Celi (Ecuador),
Carlos Rodríguez (Rep. Dominicana),
Duilio Nuñez (Paraguay),
Eduardo Savio (Uruguay),
Fernando Bazzino (Uruguay),
Gabriel Levy Hara (Argentina),
Gabriela Sanabria (Paraguay),
Guillermo Porras Cortes (Nicaragua),
Gustavo Lopardo (Argentina),
Hernan Rodríguez (Paraguay),
Jaime Cardona-Ospina (Colombia),
José Antonio Suárez (Panamá),
Juan Carlos Tinoco (México),
Julio Maquera Afaray (Perú),
Karis Rodrigues (Brasil),
María Eugenia Guevara (EUA),
María Eugenia Gutiérrez (Panamá),
Miguel Morales (Venezuela),
Mónica Thormann (Rep. Dominica),
Rita Rojas (Rep. Dominicana),
Sergio Cimerman (Brasil),
Sergio Verbanaz (Argentina),
Silvio Vega (Panamá),
Susana Lloveras (Argentina),
Tânia S Souza Chaves (Brasil),
Tomás Orduna (Argentina)
Viviana Gallego (Argentina),
Wanda Cornistein (Argentina),
Wilmer Villamil Gómez (Colombia).

Autor Corresponsal: Alfonso J. Rodríguez-Morales, Grupo de Investigación Salud Pública e Infección, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira, La Julita, Pereira 660003, Risaralda, Colombia. Tel.: +57 300 8847748. E-mail: arodriguezm@utp.edu.co.

Conflictos de Interés: Todos los miembros del grupo desarrollador y participantes de este consenso realizaron la declaración de intereses al inicio del proceso. Estos incluyeron expertos temáticos y expertos metodológicos. Todos los miembros del panel de expertos y los representantes de pacientes o cuidadores declararon sus intereses, previo a las sesiones de consenso.

Financiación: El presente consenso fue financiado por la Asociación Panamericana de Infectología (API) y el apoyo desinteresado de sus expertos, lo cuales no recibieron honorarios por su participación.