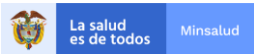
	<b>PROCESO</b>	PLANEACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA	<b>Código</b>	<b>PSPM01</b>
	<b>MANUAL</b>	LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Aplicación en COVID-19	<b>Versión</b>	<b>01</b>

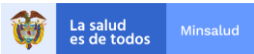
**MANUAL**  
**LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO**  
**EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA**  
**Aplicación en COVID-19**

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**  
**BOGOTÁ, OCTUBRE DE 2020**

	<b>PROCESO</b>	<b>PLANEACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Código</b>	<b>PSPM01</b>
	<b>MANUAL</b>	<b>LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Aplicación en COVID-19</b>	<b>Versión</b>	<b>01</b>

## TABLA DE CONTENIDO

<b>1. OBJETIVO</b> .....	<b>3</b>
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	3
<b>2. ALCANCE</b> .....	<b>3</b>
2.2. ALCANCE DE LAS DEFINICIONES DE CASO.....	3
<b>3. ÁMBITO DE APLICACIÓN</b> .....	<b>4</b>
<b>4. DOCUMENTOS ASOCIADOS AL MANUAL</b> .....	<b>4</b>
<b>5. NORMATIVA Y OTROS DOCUMENTOS EXTERNOS</b> .....	<b>4</b>
<b>6. FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO PRIMERA PARTE</b> .....	<b>5</b>
6.1. JUSTIFICACIÓN Y COMPETENCIA.....	5
6.2. CONCEPTO Y ATRIBUTOS DE LA DEFINICIÓN DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA.....	6
6.3. PROCESO PARA LA FORMULACIÓN / REVISIÓN DE DEFINICIONES DE CASO.....	6
6.3.1. INSUMOS.....	7
6.3.2. PROCESAMIENTO.....	7
6.3.3. PRODUCTO.....	8
<b>SEGUNDA PARTE</b> .....	<b>8</b>
6.4. APLICACIÓN DEL PROCESO A LA DEFINICIÓN DE CASO DE COVID-19 EN COLOMBIA.....	8
6.4.1. INSUMOS.....	10
6.4.2. PROCESAMIENTO.....	15
6.4.3. PRODUCTO.....	32
<b>7. REFERENCIAS</b> .....	<b>37</b>

	<b>PROCESO</b>	PLANEACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA	<b>Código</b>	<b>PSPM01</b>
	<b>MANUAL</b>	LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Aplicación en COVID-19	<b>Versión</b>	<b>01</b>

## 1. OBJETIVO

Formalizar lineamientos estándar que orienten los procesos de formulación de definiciones de caso, elemento central para el sistema de vigilancia en salud pública.

### 1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer los insumos y proceso para la formulación de definiciones de caso
- Establecer los atributos esperados de las definiciones de caso resultantes del proceso de formulación o revisión.
- Establecer definiciones de caso de fácil uso por la autoridad sanitaria y los diferentes autores involucrados directa o indirectamente en la vigilancia en salud pública.
- Establecer definiciones de caso a partir de las cuales las estadísticas sean comparables a nivel local e internacional.

## 2. ALCANCE


En la primera parte de este documento se hace un abordaje general del proceso para formular, revisar o actualizar definiciones de caso de uso en vigilancia en salud pública, aplicable a cualquier evento, identificando sus insumos, el proceso sistemático a partir de estos y cómo llegar a las definiciones de caso resultantes.

Se busca que sean declaraciones **unívocas**, **consistentes** y **precisas**, para que, con base en estas, las autoridades sanitarias clasifiquen de manera estándar los casos sospechosos, probables o confirmados, para establecer la magnitud del evento y configurar la respuesta de manera equivalente y por ende comparable entre los territorios subnacionales y nacionales a nivel mundial.

Como el evento que motiva este lineamiento es la infección por SARS-CoV-2/COVID-19, cuyas definiciones de caso se han hecho complejas y no comparables con las definiciones internacionales, el proceso general presentado en la primera parte de este documento se ilustra con su aplicación para la pandemia en la segunda parte. La aplicación en un caso real permite que los lineamientos no sean presentados de manera abstracta, sino como directrices accionables.

### 2.2. ALCANCE DE LAS DEFINICIONES DE CASO

Las definiciones de caso han sido elementos centrales que tienen como alcance orientar los procesos de vigilancia y desplegar la respuesta ante los eventos de interés en salud pública. Para ello, las definiciones de caso nacionales deben ser **unívocas**, **claras**, **consistentes**, **precisas**, **estándar** y **comparables**, y estar de acuerdo con definiciones internacionales al alinearse con el Reglamento Sanitario Internacional adoptado por el país. Definiciones de caso con estos atributos son la base para que el grado de afectación de las jurisdicciones subnacionales y nacionales por un evento de interés en salud pública y sus consecuencias sociales, políticas y económicas locales y globales secundarias, **sean valorados de manera equitativa**.

	<b>PROCESO</b>	PLANEACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA	<b>Código</b>	<b>PSPM01</b>
	<b>MANUAL</b>	LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Aplicación en COVID-19	<b>Versión</b>	<b>01</b>

Se establece que las definiciones de caso para eventos se basen en criterios explícitos y claros que puedan ser articulados y que además sean objeto de revisión periódica, para que las aproximaciones sean consistentes, pero a la vez flexibles, adaptables y fluidas, en la medida que haya un mayor conocimiento al respecto de un evento de interés en salud pública.

A pesar que algunos de los criterios de las definiciones de caso pueden ser clínicos, está **fuera de su alcance** ser usadas por los prestadores de servicios de salud para hacer diagnóstico clínico, dar cuenta de las necesidades de cuidado individual o la instauración de tratamiento oportuno. Este alcance es el de guías y protocolos de manejo clínico integral basados en la mejor evidencia disponible.

Sin embargo, como una de las puertas de entrada al sistema de vigilancia en salud pública ocurre a través de los prestadores de servicios de salud, que también son parte del sistema al lado de las autoridades sanitarias locales y territoriales, y las EAPB, las definiciones de caso se dispondrán para que de manera clara y concisa orienten los procesos de notificación.

### 3. ÁMBITO DE APLICACIÓN

De la misma forma en que las definiciones de caso tienen alcance nacional por ser producto de un proceso sistemático realizado o avalado por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de sus competencias descritas en el Decreto 3518 de 2006 y el Decreto 780 de 2016, los contenidos de esta manual que generalizan el proceso aplicable a cualquier definición de caso, tienen el mismo ámbito de aplicación nacional, incluyendo a todos los actores del sistema de vigilancia en salud pública y el Sistema General de Seguridad Social en Salud de la República de Colombia.


Igualmente, las definiciones para el caso de infección por SARS-CoV-2 o de COVID como sus criterios que se presentan de manera resumida en los anexos técnicos del Decreto 1374 de octubre 19 de 2020 son de aplicación nacional, más aún cuando han considerado como insumo las definiciones de organismos multilaterales e internacionales y varias de las contenidas en diferentes versiones de protocolos de vigilancia en el país, con la intención de presentar de forma precisa, estandarizar y alinear de las definiciones de caso de COVID-19 con el contexto mundial.

### 4. DOCUMENTOS ASOCIADOS AL MANUAL

- Guías de procedimientos que se re deriven de este manual.

### 5. NORMATIVA Y OTROS DOCUMENTOS EXTERNOS

- Decreto 1374 de octubre 19 de 2020 que deroga parcialmente al decreto 1109 de 2020 que define el programa PRASS.
- Documentos de referencia con citas bibliográficas al final de este documento

	<b>PROCESO</b>	PLANEACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA	<b>Código</b>	<b>PSPM01</b>
	<b>MANUAL</b>	LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Aplicación en COVID-19	<b>Versión</b>	<b>01</b>

## 6. FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO PRIMERA PARTE

### 6.1. JUSTIFICACIÓN Y COMPETENCIA

De acuerdo con el numeral d) del artículo 7 del decreto 3518 de 2006 (y el artículo 2.8.8.1.1.7 del decreto único reglamentario 780 de 2016), es competencia del Ministerio de Salud y Protección Social “Diseñar los modelos conceptuales, técnicos y operativos que sean requeridos para la vigilancia de la problemática de salud pública nacional” dentro de su función de rectoría del sistema y su rol de articulador con el contexto internacional.

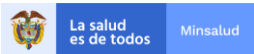
Por el mismo decreto, la notificación obligatoria de los eventos de interés en salud pública, se lleva a cabo de manera pasiva y activa. La notificación pasiva se produce por el registro de casos que todos los integrantes del sistema de vigilancia en salud pública de acuerdo con el artículo 20, especialmente desde las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD, que incluye prestadores de servicios de salud, IPS, laboratorios clínicos y de citohistopatología, bancos de sangre, bancos de órganos y componentes anatómicos, unidades de biomedicina reproductiva y demás entidades del sector, así como entidades de otros sectores, que cumplan con los requisitos establecidos) y las Unidades Notificadoras, establecida en el artículo 39.

Por otro lado, la notificación que se basa en el rastreo de casos y que corresponde a su búsqueda activa, se define como competencia de las autoridades sanitarias municipales de acuerdo con el artículo 10 (y Distritales y departamentales por el principio de complementariedad, artículo 9 numeral j). Sin embargo, en muchos países incluyendo a Colombia, la escala de la pandemia de COVID-19 por SARS-CoV-2 ha sobrepasado las capacidades de los métodos tradicionales de vigilancia activa o rastreo de casos a cargo de la autoridad sanitaria, obligando a la incorporación de estrategias alternativas para el logro de los objetivos de identificación de los casos y la toma de decisiones para preservar el bienestar social y el estado de salud de las poblaciones y sus individuos.

Por el artículo 35 del decreto 3518 de 2006, el numeral e) indica que es competencia del actual Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), entonces Ministerio de la Protección Social, “coordinar la participación activa de las organizaciones del sector salud y de otros sectores del ámbito nacional, en el desarrollo del Sistema de Vigilancia en Salud Pública”, y dado que es competencia de las EPS (por el artículo 11 numeral f), de las UPGD (artículo 13 numeral f), “Participar en las estrategias de vigilancia especiales planteadas por la autoridad sanitaria territorial de acuerdo con las prioridades en salud pública”.

Parte de una respuesta ampliada implica llevar a una mayor escala la vigilancia pasiva y activa de casos de COVID-19 involucrando más actores de diversa índole, que de manera fácil, precisa y estándar puedan identificar los casos y su progresión dinámica en la medida que se incorpora más evidencia en su definición. Esta definición de casos de manera estándar para uso por los agentes locales, debe a su vez estar alineada con las definiciones de caso internacionales, para que el país y los territorios subnacionales, sean aproximados de manera equivalente por los diferentes actores internacionales.

Con base en el artículo 33 del decreto 3518 de 2006, para efectos de la armonización eficaz de las medidas de vigilancia y control epidemiológico de los eventos de salud pública de importancia internacional, el país como Estado miembro de la OMS adopta las normas del Reglamento Sanitario internacional, por lo que el MSPS, a través del Centro Nacional de Enlace (CNE), articula el monitoreo continuo de la situación nacional y con la mundial. Gracias a esto, para mantenerse en consonancia con la comunidad internacional, el MSPS identifica que la definición de casos es dinámica en la medida que el conocimiento de la pandemia avanza, por lo que se hace necesaria su revisión y actualización periódica.

	<b>PROCESO</b>	PLANEACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA	<b>Código</b>	<b>PSPM01</b>
	<b>MANUAL</b>	LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Aplicación en COVID-19	<b>Versión</b>	<b>01</b>

## 6.2. CONCEPTO Y ATRIBUTOS DE LA DEFINICIÓN DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

Una definición de caso es una declaración **unívoca, clara, consistente y precisa** de un evento objeto de vigilancia en salud pública, para que de esta manera sea posible para las autoridades sanitarias nacionales, subnacionales e internacionales, realicen la clasificación **estándar** de casos, y que, por consiguiente, la magnitud establecida sea comparable para configurar la respuesta.

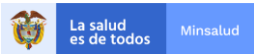
De manera similar a los procesos de diagnóstico clínico, la vigilancia en salud pública es un proceso dinámico con diferentes grados de incertidumbre acerca los eventos de su interés, por lo que las definiciones de caso no sólo incluyen aquellos eventos en el momento en que hay una comprobación etiológica, sino que de capturan inicialmente de forma amplia y sensible individuos con diversas situaciones y manifestaciones que de manera temprana configuren el caso, y progresivamente, cuando está disponible evidencia más robusta se hacen más específicas. Es así como dichas declaraciones de las definiciones de caso incluyen tres tipos del caso: Sospechosos, Probables y Confirmados. Cada uno de estos tipos de caso es el resultado de la articulación lógica y excluyente de un conjunto de criterios uniformes, usualmente epidemiológicos, clínicos y de laboratorio etiológico.<sup>1 2</sup>

En relación con los criterios epidemiológicos, el punto de partida y entrada de las estrategias usuales y especiales de vigilancia pasiva y activa, así como de su ampliación por el rastreo, es la identificación extensa de personas expuestas o potencialmente expuestas como posibles casos<sup>3</sup>. Con esto, es posible tamizar una gran cantidad de individuos por medios que son sensibles, aunque no necesariamente específicos, para identificar casos sospechosos. En el otro extremo, medios de diagnóstico altamente específicos como los criterios de laboratorio de verificación etiológica, permiten el establecimiento de casos confirmados. En la mitad, se ubican los casos probables, en que pueden converger de diferente forma criterios epidemiológicos y clínicos, que además de manifestaciones en signos, síntomas y síndromes, pueden incluir pruebas de laboratorio u otras ayudas diagnósticas no etiológicas. A pesar que los criterios clínicos permiten la configuración de las definiciones de caso de vigilancia en salud pública, no se “espera que las definiciones de la vigilancia sean usadas por los proveedores de servicios de salud para hacer diagnóstico clínico o para determinar cómo dar cuenta de las necesidades de salud individuales.”<sup>1 2</sup>

La precisión (no ambigüedad) de las definiciones de caso, puede ser un factor que determina la sensibilidad y el valor predictivo del sistema de vigilancia<sup>1 2</sup>, y es la base para que los tipos de caso sean excluyentes entre sí, con lo que es posible que las “autoridades sanitarias clasifiquen y cuenten casos consistentemente a través de las jurisdicciones”.<sup>3</sup> La magnitud de la afectación y la comparación de los resultados entre jurisdicciones subnacionales y nacionales, tiene importantes consecuencias, no solo en la respuesta en salud pública, sino de carácter social, político y económico<sup>1 2</sup>.

## 6.3. PROCESO PARA LA FORMULACIÓN / REVISIÓN DE DEFINICIONES DE CASO

El proceso sistemático para la formulación o revisiones de las definiciones de caso de un evento de interés en salud pública debe tener tres pasos de búsqueda y recopilación de **insumos, procesamiento** de los insumos para extracción y organización de los criterios y decisiones acerca de los tipos de definiciones de caso, y el **producto** final con su incorporación lógica y excluyente en definiciones de caso. Aunque para garantizar una adopción estándar, este proceso debe ser competencia de la máxima autoridad sanitaria nacional o de la región en caso de uniones entre naciones, pueden involucrarse diversos agentes técnicos en la toma de decisiones considerando los insumos de mejor evidencia y las expectativas de operativización

	<b>PROCESO</b>	PLANEACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA	<b>Código</b>	<b>PSPM01</b>
	<b>MANUAL</b>	LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Aplicación en COVID-19	<b>Versión</b>	<b>01</b>

de la respuesta que puede derivarse de estas definiciones de caso. En ambos casos, los criterios adoptados deben documentarse para referencia actual y en posteriores revisiones

### 6.3.1. INSUMOS

Las definiciones de caso se basan en el conocimiento existente del evento y su evolución. Dicho conocimiento tiene varias facetas.

Una de ellas es que el **conocimiento es dinámico** por lo que cambia en el tiempo. Es así como en caso de eventos nuevos puede ser incipiente o en caso de eventos cambiantes puede ser necesaria su revisión periódica, y aún, en eventos relativamente conocidos, la disponibilidad de nuevas aproximaciones de abordaje de los eventos puede requerir de revisiones.

Otra faceta es la del balance entre el **conocimiento global y el conocimiento local**. El conocimiento no se produce de manera aislada y en oportunidades hay muchas fuentes de conocimiento que no siempre es convergente, de manera que puede no ser fácil identificar los criterios correctos.

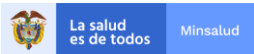
El subproceso proceso de insumos corresponde a:

- 1) Recopilar y explorar definiciones de caso de autoridades sanitarias de otros países o de autoridades multinacionales o de referencia en salud.
- 2) En caso de existir, recopilar y explorar definiciones de caso locales y sus posibles variaciones en el tiempo y a niveles subnacionales.
- 3) Realizar revisiones bibliográficas para identificar el nivel de conocimiento y/o grado evidencia de los criterios diagnósticos epidemiológicos, clínicos, de laboratorio y otros factores que puedan modificar los patrones de manifestación del evento de interés. En caso de insumos suficientes puede definirse la posibilidad de que sean revisiones sistemáticas.
- 4) En lo posible, Identificar la presencia o ausencia de factores modificadores del evento a nivel local, y de haber evidencia previa, introducirlos como base de evidencia local.
- 5) Identificar los tiempos en que puede ser necesaria la ejecución de revisiones periódicas de los puntos anteriores.

### 6.3.2. PROCESAMIENTO

A partir de los insumos dinámicos de conocimiento recopilados anteriormente, las definiciones de caso no son declaraciones estáticas, por lo que al basarse y ser consecuentes en el mejor conocimiento disponible a nivel mundial y local, pueden ser objeto de modificaciones documentadas que permitan identificar los efectos de los ajustes. De esta forma se puede establecer cuando se adoptan o se adaptan y en qué medida, definiciones de caso ya desarrolladas, o se desarrollan estas desde cero.

- 1) Identificar el conjunto de los tipos de clasificaciones de caso usadas por las autoridades sanitarias de otros países o de autoridades nacionales (por ejemplo, sospechosos, probables y confirmados, o solo sospechosos y confirmados, o más categorías que el estándar).
  - a. Identificar puntos comunes y divergencias.
  - b. Identificar factores locales de los países de origen de las definiciones de caso, que pueden condicionar su definición diferente a las demás.

	<b>PROCESO</b>	PLANEACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA	<b>Código</b>	<b>PSPM01</b>
	<b>MANUAL</b>	LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Aplicación en COVID-19	<b>Versión</b>	<b>01</b>

- 2) Identificar, extraer, ampliar con la revisión de literatura y consolidar los criterios tenidos en cuenta para las definiciones de caso.
  - a. Los criterios se deben etiquetar (o usar cualquier mecanismo de visualización como resaltado con colores diferentes) y clasificar para evitar traslajos y repeticiones, buscando que sean de carácter excluyente.
  - b. Como criterio de orden de mayor a menor grado de evidencia de soporte, pueden adicionarse etiquetas de frecuencias o porcentajes de ocurrencia de dicho criterio, o en caso de revisiones sistemáticas el nivel de evidencia al que corresponde.

### 6.3.3. PRODUCTO

Los dos subproductos de una lista ordenada de criterios epidemiológicos, clínicos y de laboratorio etiológico, y de otros adicionales, y de las clases o tipos dentro de la definición de caso del evento se integran en el producto final. Los criterios presentan de forma amplia pero concisa las consideraciones **independientes** y **excluyentes**, que van a ser integradas dentro de cada clase o tipo de definición de clase, de manera **lógica, progresiva, unívoca, consistente** y también **excluyente**. Los tipos o clases de la definición de caso no pueden traslaparse pues permitirían que un caso fuera clasificado tanto como sospechoso como probable, por ejemplo. Esta tarea implica:

- 1) Hacer el mapeo de los criterios a las clases de definición de caso
- 2) Conectar los criterios por conectores lógicos como Y u O, y verificar errores lógicos en que se repitan los criterios o los conectores dentro de cada clase en la definición de caso.
- 3) Verificar la no redundancia (que es base para la claridad de las definiciones) que puede llevar a reducir el número de clases o tipos dentro de la definición de caso, o, por lo contrario, a que sea necesario incorporar nuevas categorías (no es lo deseable pues se saldría del estándar de 3 clases o tipos como sospechosos, probables y confirmados)

## SEGUNDA PARTE

### 6.4. APLICACIÓN DEL PROCESO A LA DEFINICIÓN DE CASO DE COVID-19 EN COLOMBIA


A continuación, se presenta el proceso seguido para la actualización de la definición de caso para infección por SARS-CoV-2/COVID-19 para el despliegue del rastreo de casos y seguimiento de contactos como mecanismo de fortalecimiento de la vigilancia y la respuesta en fase de mitigación de la pandemia en el país con circulación comunitaria del virus y el crecimiento de la afectación. En la siguiente figura se resume de forma gráfica el proceso.

**OBJETIVO GENERAL** Estandarizar, simplificar y hacer consistentes las definiciones de caso de infección por SARS-CoV-2/COVID-19 (Para las definiciones de Caso de infección por SARS-CoV-2/COVID-19)

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS** (Para las definiciones de Caso de infección por SARS-CoV-2/COVID-19)

- Establecer definiciones de caso de fácil uso por los actores/autoridad sanitaria involucrados en la vigilancia en salud pública
- Establecer definiciones de caso modulares que sean de fácil actualización y cuyos cambios tengan el menor efecto y sean trazables en el tiempo.
- Establecer definiciones de caso a partir de las cuales las estadísticas sean comparables en el ámbito internacional.

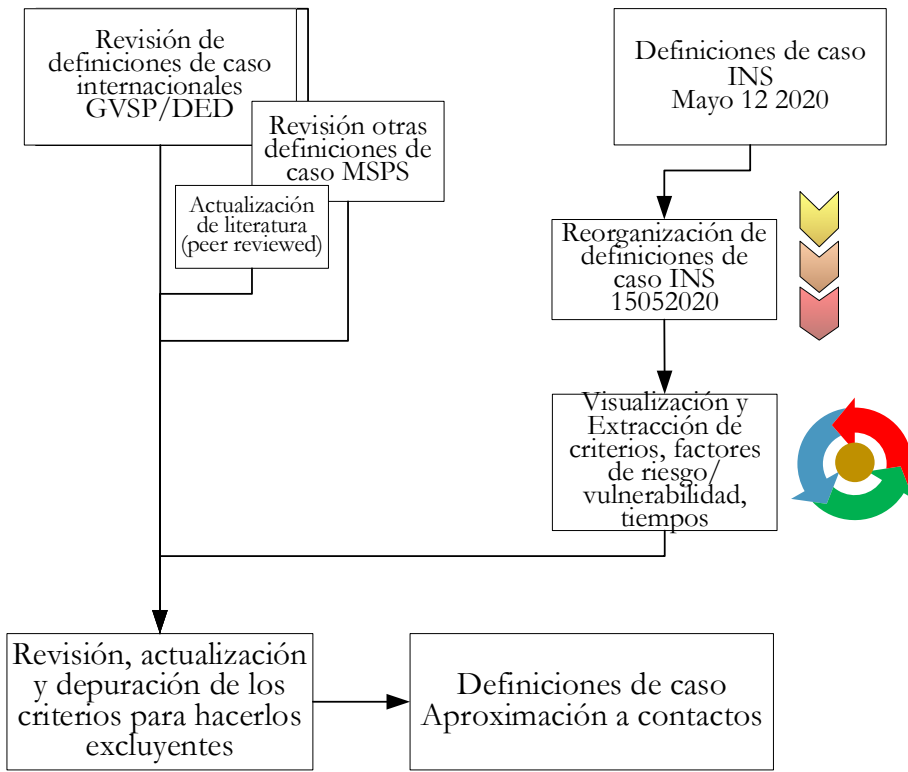


	<b>PROCESO</b>	<b>PLANEACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Código</b>	<b>PSPM01</b>
	<b>MANUAL</b>	<b>LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA</b> Aplicación en COVID-19	<b>Versión</b>	<b>01</b>

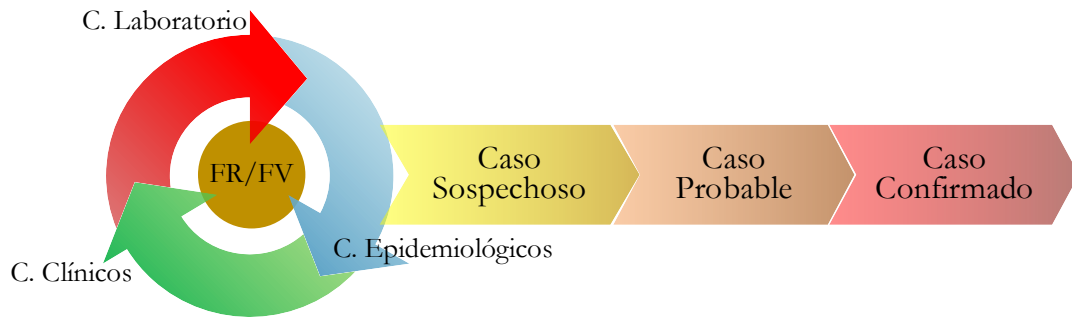
INSUMOS

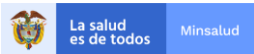


PROCESO



PRODUCTO



	<b>PROCESO</b>	PLANEACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA	<b>Código</b>	<b>PSPM01</b>
	<b>MANUAL</b>	LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Aplicación en COVID-19	<b>Versión</b>	<b>01</b>

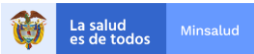
#### 6.4.1. INSUMOS

1) **Recopilar y explorar definiciones de caso de autoridades sanitarias de otros países o de autoridades multinacionales o de referencia en salud.**

Las siguientes tablas 1 y 2 resumen algunas de las versiones más actuales de estas definiciones.

**Tabla 1. DEFINICIONES DE CASO DE INSTRUCIONES INTERNACIONALES DE REFERENCIA PARA COVID-19/INFECCIÓN SARS-CoV-2 - PARTE a**

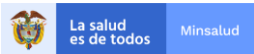
OPS/OMS mayo 10 <sup>4</sup>	OMS julio 7 de 2020 <sup>5</sup>
<b>CASO SOSPECHOSO</b>	
<p>A. Un paciente con enfermedad respiratoria aguda (<i>fiebre y por lo menos un signo/sintoma de enfermedad respiratoria, como tos, dificultad respiratoria</i>) E historia de viaje o residencia en un lugar reportando transmisión comunitaria de COVID-19 durante los 4 días anteriores al inicio de los síntomas.</p> <p>B. Un paciente con enfermedad respiratoria aguda Y que ha tenido CONTACTO con un caso confirmado o probable de COVID-19 en los últimos 14 días previos al inicio de síntomas, o</p> <p>C. Un paciente con enfermedad respiratoria aguda (Y que requiere hospitalización) Y con ausencia de un diagnóstico alternativo que explique completamente la presentación clínica.</p>	<p>A. Una persona que tiene los criterios clínicos <b>Y</b> epidemiológicos: <u>Criterios clínicos</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Instauración aguda de fiebre <b>Y</b> tos <b>O</b></li> <li>2. Instauración aguda de ALGUNO DE TRES O MAS de los siguientes signos y síntomas: fiebre, tos, debilidad/fatiga general, cefalea, mialgia, dolor de garganta, coriza, disnea, anorexia/náuseas/vómito, diarrea, alteración el estado mental <b>Y</b></li> </ol> <p><u>Criterios epidemiológicos</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Residencia o trabajo en un área de alto riesgo de transmisión para el virus: por ejemplo, establecimientos residenciales cerrados o establecimientos humanitarios, como campos o similares de personas desplazadas, en cualquier momento dentro de los 4 días anteriores al inicio de los síntomas. <b>O</b></li> <li>2. Residencia en o viaje a un área con transmisión comunitaria, en cualquier momento dentro de los 4 días anteriores al inicio de los síntomas, <b>O</b></li> <li>3. Trabajo en una institución de salud, incluyendo las instalaciones de salud y los hogares, dentro de los 14 días siguientes al inicio de los síntomas.</li> </ol> <p>B. Un paciente con dificultad respiratoria severa (IRAG: infección respiratoria aguda grave con historia de fiebre o</p>

	<b>PROCESO</b>	<b>PLANEACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Código</b>	<b>PSPM01</b>
	<b>MANUAL</b>	LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Aplicación en COVID-19	<b>Versión</b>	<b>01</b>

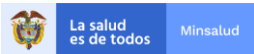
	que haya sido cuantificada > 38°C, y tos, con inicio en los 10 días anteriores, y que requiere hospitalización).
<b>CASO PROBABLE</b>	
<p>A. Un caso sospechoso para el cual la prueba de COVID-19 no es conclusiva, o</p> <p>B. Un caso sospechoso para el cual la prueba no se ha realizado por alguna razón.</p>	<p>A. Un paciente que tiene los anteriores criterios clínicos Y es un contacto de un caso probable o confirmado, o que está epidemiológicamente vinculado a un clúster de casos que ha tenido por lo menos un caso confirmado identificado dentro del clúster.</p> <p>B. Un caso sospechoso (como se describe anteriormente) con imágenes radiológicas mostrando hallazgos sugestivos de COVID-19.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografía de tórax: opacidades difusas, a menudo de morfología redondeada, con distribución periférica y basal</li> <li>• TAC de tórax: opacidades en vidrio esmerilado múltiples bilaterales, a menudo de morfología redondeada, con distribución periférica y basal.</li> <li>• Ultrasonido pulmonar: líneas pleurales engrosadas, líneas B (multifocales, discretas o confluyentes), patrones consolidativos con o sin broncograma aéreo.</li> </ul> <p>C. Una persona con inicio reciente de anosmia (pérdida del olfato) o ageusia (pérdida del gusto) en la ausencia de alguna otra causa identificada.</p> <p>D. Muerte, sin otra explicación, en un adulto con dificultad respiratoria antecedente Y que ha tenido contacto con un caso probable o confirmado o vinculado epidemiológicamente a un clúster que ha tenido al menos un caso confirmado identificado en ese clúster.</p>
<b>CASO CONFIRMADO</b>	
Una persona con confirmación de laboratorio para infección por COVID-19, independientemente de los signos y síntomas clínicos.	Una persona con confirmación de laboratorio para infección de COVID-19, independientemente de síntomas o signos clínicos.

**Tabla 2. DEFINICIONES DE CASO DE INSTRUCCIONES DE REFERENCIA PARA COVID-19/INFECCIÓN SARS-CoV-2, PARTE b**

ECDC mayo 29 <sup>6</sup>	CDC Estados Unidos abril 5 <sup>7</sup>
<b>CASO SOSPECHOSO</b>	
<p>1. Cualquier persona con los criterios clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tos</li> <li>- Fiebre</li> <li>- Dificultad respiratoria</li> <li>- Establecimiento súbito de anosmia, ageusia o disgeusia</li> </ul>	<p><i>NO HAY CASOS SOSPECHOSOS EN CDC de EU.</i></p> <p><u>Criterios clínicos</u></p>

	<b>PROCESO</b>	<b>PLANEACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Código</b>	<b>PSPM01</b>
	<b>MANUAL</b>	LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Aplicación en COVID-19	<b>Versión</b>	<b>01</b>

	<p><i>Por lo menos dos de los siguientes síntomas: fiebre (medida o subjetiva), escalofríos, contracturas, mialgia, cefalea, dolor de garganta, desorden nuevo olfatorio y del gusto)</i></p> <p><i>○</i></p> <p><i>Por lo menos uno de los siguientes síntomas: tos, acortamiento de la respiración, o dificultad para respirar.</i></p> <p><i>○</i></p> <p><i>Enfermedad respiratoria severa con al menos uno de los siguientes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>- evidencia clínica o radiológica de neumonía</i></li> </ul> <p><i>○</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>- Síndrome de dificultad respiratoria aguda SDRS</i></li> </ul> <p><u><i>Criterios de laboratorio</i></u></p> <p><i>Evidencia de laboratorio usando un método aprobado o autorizado por la FDA o autoridad designada:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>- Evidencia confirmatoria de laboratorio: Detección de SARS-CoV-2 RNA en un espécimen clínico usando un test de amplificación molecular.</i></li> <li><i>- Evidencia presuntiva de laboratorio: detección de un antígeno específico en un espécimen clínico</i></li> <li><i>Detección de un anticuerpo específico en suero, plasma o sangre total indicativo de infección nueva o reciente (métodos serológicos en proceso de definición).</i></li> </ul> <p><u><i>Nexo epidemiológico</i></u></p> <p><i>Una o más de las siguientes exposiciones en los 14 días antes de inicio de síntomas.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>- Contacto cercano con un caso confirmado o probable de COVID-19</i></li> <li><i>- Contacto cercano con una persona con enfermedad clínicamente compatible Y vínculo con un caso confirmado de COVID-19</i></li> <li><i>- Viaje o residencia en un área con transmisión sostenida, en curso de SARS-CoV-2.</i></li> <li><i>- Miembro de una cohorte de riesgo definida por las autoridades de salud durante un brote.</i></li> </ul> <p><i>* Contacto cercano (dentro de 6 pies por un periodo de al menos 10 a 30 minutos o más según la exposición. En los establecimientos de salud, esto puede definirse como exposiciones de más de algunos minutos o más. Los datos son insuficientes para definir precisamente la duración de</i></p>
--	---

	<b>PROCESO</b>	<b>PLANEACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Código</b>	<b>PSPM01</b>
	<b>MANUAL</b>	LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Aplicación en COVID-19	<b>Versión</b>	<b>01</b>

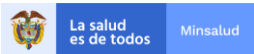
	<p><i>exposición que constituye exposición prolongada y así contacto cercano.</i></p> <p><u>Criterios de registros vitales</u> <i>Un certificado de defunción que lista COVID-19 o SARS-CoV-2 como causa de muerte o una condición significativa que contribuye a la muerte.</i></p>
<b>CASO PROBABLE</b>	
<p>2. Cualquier persona con criterios clínicos y un vínculo epidemiológico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Contacto cercano con un caso confirmado de COVID-19 en los 14 días anteriores al inicio de síntomas,</i></li> <li>- <i>Ser residente o personal de una institución para personas vulnerables donde la transmisión de COVID-19 se ha confirmado.</i></li> </ul> <p><b>O</b> Cualquier persona con criterios diagnósticos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Evidencia radiológica de lesiones compatibles con COVID-19</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Con criterios clínicos <b>Y</b> evidencia epidemiológica sin pruebas de laboratorio confirmatorias realizadas para COVID-19.</li> <li>- Con evidencia de laboratorio presuntiva <b>Y</b> ya sea criterios clínicos <b>O</b> evidencia epidemiológica</li> <li>- Tiene criterios de registros vitales con test de laboratorio no confirmatorios realizados para COVID-19</li> </ul>
<b>CCASO CONFIRMADO</b>	
<p>Cualquier persona que tenga los criterios de laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Detección de ácido nucleico de SARS-CoV-2 en un espécimen clínico.</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiene evidencia confirmatoria de laboratorio.</li> </ul>

Se identificaron algunas referencias bibliográficas<sup>8</sup> que recopilaban las definiciones de caso de varios países. Las conclusiones de procesamiento de estas definiciones de caso se presentan en el numeral 7.4.2.

**2) En caso de existir, recopilar y explorar definiciones de caso locales y sus posibles variaciones en el tiempo y a niveles subnacionales.**

A nivel nacional, se revisaron las 14 definiciones de caso disponibles en el 'Anexo Instructivo para la vigilancia en salud pública intensificada de infección respiratoria aguda asociada al nuevo coronavirus (COVID-19)' de mayo 12 de 2020<sup>9</sup> que incluyen casos sospechosos, probables y confirmados. A diferencia de las definiciones internacionales, las definiciones presentadas son numerosas y presentadas de manera extensa con contenidos de texto repetitivos que las hacen menos directas.

Igualmente, se revisaron las 8 definiciones de caso en las Orientaciones para la vigilancia de Covid-19 del INS de julio 23 de 2020<sup>10</sup>, en que, a pesar que en diversos espacios de revisión y discusión nacionales y subnacionales hay un amplio uso de la clasificación de casos como sospechosos y confirmados, se excluyen los casos sospechosos y solo se presentan las definiciones de probables y confirmados. Las definiciones de los casos probables son 4, incluyendo infección respiratoria aguda leve, grave, defunciones y asintomáticos. En las tres primeras definiciones se combinan con al menos uno de una lista

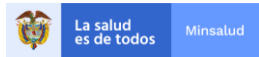
	<b>PROCESO</b>	PLANEACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA	<b>Código</b>	<b>PSPM01</b>
	<b>MANUAL</b>	LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Aplicación en COVID-19	<b>Versión</b>	<b>01</b>

de criterios equivalentes. En el caso de los asintomáticos probables, están definidos por contacto estrecho o pruebas de tamizaje incidentales.

La siguiente tabla presenta los encabezados de las definiciones de caso en ambas versiones:

**Tabla 3. RESUMEN DE LAS DEFINICIONES DE CASO PROPUESTAS POR EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PARA COVID-19**

INS: Anexo Instructivo para la vigilancia en salud pública intensificada de infección respiratoria aguda asociada al nuevo coronavirus (COVID-19) de mayo 12 de 2020 <sup>9</sup>	INS: Orientaciones para la vigilancia de Covid-19 del INS de julio 23 de 2020 <sup>10</sup>
<b>CASO SOSPECHOSO</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Caso asintomático (Definición 5 INS pg. 10)</li> <li>2. Caso sospechoso: IRA (Definición 3.2 INS)</li> <li>3. Caso sospechoso: IRAG (Definición 3.1 INS)</li> </ol>	<i>Se excluye el caso sospechoso en esta versión.</i>
<b>CASO PROBABLE</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Caso probable: IRAG Inusitado 348 (Definición 1 INS)</li> <li>5. Caso probable: COVID-19 (Definición 2 INS)</li> <li>6. Caso de muerte probable por COVID (Definición 4 INS)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Caso probable 1 Infección Respiratoria Aguda Grave o Enfermedad por Coronavirus - COVID grave (Cód. 346).</li> <li>2. Caso Probable 2 Infección Respiratoria Aguda leve o moderada por virus nuevo, con manejo domiciliario (Cód. 346).</li> <li>3. Caso probable 4 Muerte probable por COVID-19 (Cód. 346)</li> <li>4. Caso 5 Caso asintomático (Cód. 346)</li> </ol>
<b>CASO CONFIRMADO</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Caso confirmado (INS 5 pg. 16)</li> <li>7. Caso confirmado 3.2</li> <li>8. Caso confirmado 2</li> <li>9. Caso confirmado 3.1</li> <li>10. Caso confirmado 1 IRAG-Inusitada 1</li> <li>11. Caso confirmado 4 Muerte por COVID-19 laboratorio</li> <li>12. Caso confirmado 4 Muerte por COVID-19 nexa epidemiológico.</li> <li>13. Caso descartado</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Caso 1 Infección Respiratoria Aguda Grave o Enfermedad por Coronavirus - COVID grave (Cód. 346)</li> <li>2. Caso 2 Infección Respiratoria Aguda leve o moderada por virus nuevo, con manejo domiciliario (Cód. 346)</li> <li>3. Caso 4 Muerte por COVID-19 (Cód. 346)</li> <li>4. Caso 5 Caso asintomático (Cód. 346)</li> </ol>

	<b>PROCESO</b>	PLANEACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA	<b>Código</b>	<b>PSPM01</b>
	<b>MANUAL</b>	LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Aplicación en COVID-19	<b>Versión</b>	<b>01</b>

- 3) Realizar revisiones bibliográficas para identificar el nivel de conocimiento y/o grado evidencia de los criterios diagnósticos epidemiológicos, clínicos, de laboratorio y otros factores que puedan modificar los patrones de manifestación del evento de interés. En caso de insumos suficientes puede definirse la posibilidad de que sean revisiones sistemáticas**

Además de las descripciones de caso, se buscaron revisiones actualizadas de los diversos la descripción de diversas manifestaciones respiratorias y extra-respiratorias orientó la búsqueda de literatura científica con respecto a los diferentes criterios presentes en los casos de COVID-19. Los resultados de la recopilación y revisión se presentan en el aparte de consolidación de los criterios de las definiciones de caso.

- 4) En lo posible, Identificar la presencia o ausencia de factores modificadores del evento a nivel local, y de haber evidencia previa, introducirlos como base de evidencia local.**


A partir de las revisiones de las definiciones de caso internacionales e internacionales se identificaron elementos adicionales predictores de severidad o correspondientes a poblaciones de mayor riesgo por exposición o situaciones individuales, grupales, o sociales de vulnerabilidad. La consolidación se presenta en el aparte de procesamiento y de resultados.

- 5) Identificar los tiempos en que puede ser necesaria la ejecución de revisiones periódicas de los puntos anteriores.**

El carácter nuevo de COVID-19 descrito desde fines de 2019 y denominado en el año 2020, y su evolución a pandemia, han motivado la movilización de diferentes frentes de trabajo de investigación para soportar las acciones de salud pública e individual en todo el mundo. Es así como las dinámicas de producción de lineamientos y de conocimiento. Es así como adicional a la revisión en tiempo real o diaria de las cifras de progresión de la pandemia es necesaria la revisión como mínimo de carácter mensual de nueva evidencia, y la profundización de cada información emergente una vez suceda y sea pública a través de los medios de información oficiales de las organizaciones internacionales y de los medios de comunicación.

#### 6.4.2. PROCESAMIENTO

- 1) Identificar el conjunto de los tipos de clasificaciones de caso usadas por las autoridades sanitarias de otros países o de autoridades nacionales (por ejemplo, sospechosos, probables y confirmados, o solo sospechosos y confirmados, o más categorías que el estándar).**
- Identificar puntos comunes y divergencias.**
  - Identificar factores locales de los países de origen de las definiciones de caso, que pueden condicionar su definición diferente a las demás.**

	<b>PROCESO</b>	PLANEACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA	<b>Código</b>	<b>PSPM01</b>
	<b>MANUAL</b>	LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Aplicación en COVID-19	<b>Versión</b>	<b>01</b>

### Consolidación y Análisis de las Definiciones de Caso Internacionales

En las definiciones de OMS, ECDC y CDC de Estados Unidos en la tabla correspondiente, como en varias de otros países <sup>8</sup>, es común que se parta de criterios como evidencia de diferente grado, que son excluyentes con el fin de ser claros.

Igualmente es común que **no hay casos confirmados por nexo epidemiológico ni clínico exclusivo**, por lo que el único criterio de **confirmación** es **etiológico** por medio de las pruebas de laboratorio positivas, especialmente las de carácter molecular (RT-PCR en tiempo real-Charité, o específica para el gen RdRp del instituto Pasteur, identificación viral por microscopía electrónica o por secuenciación genómica total, o cultivo viral). Cuando hay disponibilidad de pruebas serológicas, la elevación de anticuerpos IgG entre sueros pareados, o anticuerpos IgM e IgG específicos para SARS-CoV-2, cambio de los IgG de indetectables a detectables, o con títulos 4 veces mayores en el suero convaleciente que en suero colectado en la fase aguda de infección.

En varias definiciones de caso, los casos **probables**, al ser **intermedios** entre los sospechosos y confirmados, son aquellos, usualmente con **criterios clínicos y epidemiológicos**, en que las **pruebas no han sido conclusivas o no han tenido acceso a ellas**. Adicionalmente, Nueva Zelanda define como probables los **contactos cercanos incluso asintomáticos** con casos confirmados.

Los casos **sospechosos** están definidos usualmente por **criterios clínicos**, desde leves a severos, y por criterios **epidemiológicos**, donde es central el contacto con individuos confirmados o haber estado en lugares con circulación activa del virus. En Nueva Zelanda se considera como sospechosos a los **contactos de casos probables o sospechosos**. En el caso de China, además de la convergencia de criterios **epidemiológicos y clínicos**, se considera como caso sospechoso aquel que tenga **tres** manifestaciones **clínicas** de síntomas, radiológicos y de laboratorio general de leucocitos normales o bajos desde el inicio.

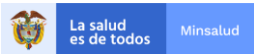
La clasificación de **contactos o expuestos como casos** varía, pues los contactos sintomáticos son casos sospechosos para OMS y probables para ECDC y CDC. Como se mencionó anteriormente, en la definición de Nueva Zelanda los contactos cercanos con casos confirmados son probables, sin describirse que haya presencia necesaria de síntomas.

El contacto se define en torno a la **intensidad** y **tiempo** de la **exposición**.

- La **intensidad** de la exposición depende de la **distancia** física o de la **alta densidad** de casos **probables** o **confirmados** dentro de un espacio físico limitado. La transgresión de la distancia física se describe cuando se está cerca de un caso confirmado o probable por debajo de los dos metros o 6 pies. La presencia en espacios de alta transmisión/ contagio se describe por sitios con **dos o más casos clínicos compatibles con COVID-19**, lugares de reclusión, entornos comunales vulnerables, o donde hay exposición de un alto número de contactos a la infección como donde ha habido **brotes**.
- El tiempo de exposición va desde casual, hasta especificando tiempos de entre 10 y 30 minutos de exposición continua, pero en general dentro de los 14 días anteriores.

En **ninguna de las definiciones de caso**, los **criterios de riesgo** para manifestaciones **clínicas** severas **modifican** la definición epidemiológica de caso, pero se constituyen en **criterios de vulnerabilidad para esperar manifestaciones clínicas más severas en caso de ser expuestos e infectados**. De esta forma, la vulnerabilidad no afecta el bordaje



	<b>PROCESO</b>	PLANEACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA	<b>Código</b>	<b>PSPM01</b>
	<b>MANUAL</b>	LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Aplicación en COVID-19	<b>Versión</b>	<b>01</b>

epidemiológico, excepto que en caso de ser sospechosos es prioritaria la realización de pruebas, pero si puede determinar el abordaje clínico.

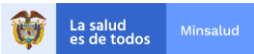
Diferente de que el criterio de los **casos confirmados sea univoco por las pruebas de laboratorio etiológicas** en todos los países, más que un caso en sí mismo, el estado de **recuperado** de los casos no se describe de igual forma. Es así como es posible que por el amplio uso de los modelos SIR de Kermack y McKendric y sus múltiples modificaciones de la formulación matemática teórica para explicar el aumento y disminución de infectados en el tiempo en poblaciones cerradas, se equipare en principio los infectados con los casos confirmados y se extrapole el concepto de **removidos** al de **recuperados**, que sería su opuesto. En el modelo, de manera general se define este subgrupo de individuos como aquellos que **no son ya susceptibles ni infecciosos**<sup>11</sup> y que, en modelos más complejos, **han sobrevivido**.

Pero en la realidad, la aproximación a los recuperados no es estándar. En una revisión de los estados en Estados Unidos se encuentran diferentes abordajes y tipos de criterios de recuperación: No se define en un 32% de los estados, en el 38% se define el estado de recuperación como la **ausencia de síntomas** dentro de rangos de **días** variables que van de 3 a 42 días, en 16% se infieren de conteos de **salidas hospitalarias** o **estar libre de síntomas y no requerir o ser liberado del aislamiento**, y otras aproximaciones más elaboradas en un 14%.<sup>12</sup>

- El estado recuperado a partir de cuándo es posible ser liberado del aislamiento, es definido por el CDC a nivel federal en julio 20, sin usar el término recuperado, al recomendar **descontinuar el aislamiento** en pacientes aislados ambulatoriamente sin necesitar de prueba, con base en criterios modificados clínicos de por lo menos 24 hs (previo 72hs) desde la última fiebre sin uso de antipiréticos, y de mejoría en los síntomas (en general y no ya solo respiratorios). Para pacientes con enfermedad severa, se recomienda el aislamiento hasta por 20 días después del inicio de los síntomas. Para **asintomáticos**, las medidas de **aislamiento se descontinúan 10 días luego de la primera prueba positiva** de PCR para SARS-CoV-2. Las pruebas de control solo se consideran en personas severamente inmunocomprometidas. En este caso se realizan dos pruebas con separación 24 horas entre la toma de muestras para tener dos especímenes negativos, para luego definir el fin del aislamiento.<sup>13</sup>
- La definición del estado recuperado tiene aún más matices desde el punto de vista clínico, pues se ha descrito que los individuos con la amplia gama de manifestaciones clínicas pueden requerir mucho más tiempo que 42 días (el valor más largo reportado de tiempo posterior a la enfermedad) para volver al estado de salud previo como criterio de recuperación. Incluso no es claro si la recuperación sería posible por los efectos de la infección en el corto y en el largo plazo.<sup>12</sup>

Por lo anterior, para efectos epidemiológicos puede ser mejor definido recuperarse de la infección por SARS-CoV-2 por laboratorio (y no requerir aislamiento) que recuperarse de COVID-19, la enfermedad cuyos efectos a largo plazo aún se desconocen. Sin embargo, limitantes técnicas de confiabilidad y de disponibilidad de pruebas pueden afectar esta definición, que se hace aún más crítica cuando necesariamente implica un test inicial para identificar que es afectado y uno posterior para demostrar la recuperación de la afectación.<sup>12</sup>

El reporte de Tiger et al., para el caso de estados Unidos, indica que no se ha recibido respuesta de como definen los recuperados algunos sistemas de tracking de la pandemia como el de Johns Hopkins, a pesar de la falta de definiciones encontradas en los estados fuente. De la misma forma que las definiciones de caso, el estado de recuperado luego de seguimiento, tiene implicaciones más allá del conteo de casos, en términos de reapertura de las actividades sociales y

	<b>PROCESO</b>	<b>PLANEACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Código</b>	<b>PSPM01</b>
	<b>MANUAL</b>	LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Aplicación en COVID-19	<b>Versión</b>	<b>01</b>

económicas, así como en la comprensión del virus, la enfermedad, los asintomáticos y la inmunidad parcial, completa o permanente, y la reactivación o reinfección<sup>14</sup>, aún en construcción.<sup>12 15 16</sup>

### Consolidación y Análisis de las las Definiciones de caso locales

En relación con las definiciones presentadas por el INS, que son las más recientes, al incluir criterios locales no contemplados en las definiciones internacionales de referencia, la clasificación de casos afecta la armonización y comparabilidad de los resultados nacionales con los de otros países, en contravía de lo que se establece por el artículo 33 del Decreto 3518 de 2006 que adopta del Reglamento Sanitario Internacional RSI<sup>8</sup>.

Adicionalmente, al establecer los casos asintomáticos como casos ‘probables’, mientras que en otro aparte se definen también como sintomáticos (fallecidos con síntomas, IRAG y COVID-19), en lugar de ser abordados como clases de una única categoría registrada en el formulario 346, puede parecer ambiguo para los diferentes actores del sistema y la población, y afectar la confianza en los datos que se basaran en ellas.

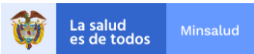
Igualmente, en el grupo de definiciones para confirmados hay cuatro definiciones para infección respiratoria aguda grave, leve a moderada, fallecimientos y asintomáticos. Se introduce que los casos graves y de fallecimientos puedan ser confirmados por nexo epidemiológico. Sin embargo, el criterio equivalente de contacto estrecho también es una de las condiciones para clasificarlo como probable, con lo que la presencia de este criterio clasifica a la vez al caso como probable y como confirmado sin ofrecer una diferenciación y si un traslapo.

En ningún aparte de los dos documentos se encontró la definición de recuperado de un caso.

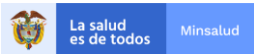
#### **2) Identificar, extraer, ampliar con la revisión de literatura y consolidar los criterios tenidos en cuenta para las definiciones de caso.**

- a. Los criterios se deben etiquetar (o usar cualquier mecanismo de visualización como resaltado con colores diferentes) y clasificar para evitar traslapos y repeticiones, buscando que sean de carácter excluyente.**
- b. Como criterio de orden de mayor a menor grado de evidencia de soporte, pueden adicionarse etiquetas de frecuencias o porcentajes de ocurrencia de dicho criterio, o en caso de revisiones sistemáticas el nivel de evidencia al que corresponde.**

Con base en las definiciones de caso del INS de mayo 12 de 2020, que originalmente presentaban los casos probables, seguidos de los sospechosos, para finalizar en los confirmados, fueron reorganizadas en orden de sospechosos, probables y confirmados. Sobre el texto (con omisión de varias de las múltiples repeticiones redundantes) se aplicaron visualizaciones asignando colores según el tipo de criterio involucrado (en un proceso de deconstrucción, el color azul se usó para los criterios epidemiológicos, el verde para los clínicos, y el rojo para los de laboratorio etiológico. Adicionalmente, los criterios de riesgo o de vulnerabilidad se marcaron con texto ocre), como se muestra a continuación. El texto resaltado en gris permite identificar el tipo de caso, el texto en negrita e itálica permite identificar redundancias por ser reescritura del mismo texto en apartes diferentes.

	<b>PROCESO</b>	<b>PLANEACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Código</b>	<b>PSPM01</b>
	<b>MANUAL</b>	LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Aplicación en COVID-19	<b>Versión</b>	<b>01</b>

1. Caso asintomático (Definición 5 INS pg. 10): **Contacto estrecho de caso confirmado COVID-19** que **no ha manifestado síntomas en los primeros 7 días posteriores** a la **última exposición no protegida**.
2. Caso sospechoso: IRA (Definición 3.2 INS) persona con **fiebre cuantificada mayor a 38°C** y **tos de no más de 7 días de evolución**, que **requiera manejo intrahospitalario en servicio de urgencias u observación**, con **énfasis** en:
  - Pacientes **mayores de 60 años y con comorbilidades** (Diabetes, enfermedad cardiovascular, (incluye HTA y ACV), Falla renal, VIH u otra inmunodeficiencia, cáncer, enfermedades autoinmunes, hipotiroidismo, uso de corticoides o inmunosupresores, EPOC y asma, mal nutrición (obesidad y desnutrición) y fumadores.
  - **Trabajadores de la salud incluidos administrativos, policía y fuerzas militares**, empleados de servicios de **protección social de la niñez, la adolescencia o del adulto mayor**, empleados de establecimientos penitenciarios, estaciones de policía y URI, **grupos étnicos** (indígenas, comunidades negras, afrocolombianos, raizales, palenqueros y rom), **personas en situación de calle, personas privadas de la libertad, personas en alta movilidad en virtud de su ocupación laboral, migrantes colombianos internos.**
3. Caso sospechoso: IRAG (Definición 3.1 INS) persona con **fiebre cuantificada mayor a 38°C** y **tos de no más de 10 días de evolución**, que **requiera manejo intrahospitalario en servicio de urgencias, observación, hospitalización o UCI**, con **énfasis** en
  - Pacientes **mayores de 60 años y con comorbilidades** (Diabetes, enfermedad cardiovascular, (incluye HTA y ACV), Falla renal, VIH u otra inmunodeficiencia, cáncer, enfermedades autoinmunes, hipotiroidismo, uso de corticoides o inmunosupresores, EPOC y asma, mal nutrición (obesidad y desnutrición) y fumadores.
  - **Trabajadores de la salud incluidos administrativos, policía y fuerzas militares**, empleados de servicios de **protección social de la niñez, la adolescencia o del adulto mayor**, empleados de establecimientos penitenciarios, estaciones de policía y URI, **grupos étnicos** (indígenas, comunidades negras, afrocolombianos, raizales, palenqueros y rom), **personas en situación de calle, personas privadas de la libertad, personas en alta movilidad en virtud de su ocupación laboral, migrantes colombianos internos.**
4. Caso probable: IRAG Inusitado 348 (Definición 1 INS) Infección respiratoria aguda (IRAG, *por fiebre cuantificada mayor o igual a 38°C y tos, con curso clínico inusual o inesperado, especialmente un deterioro repentino a pesar del tratamiento adecuado, que sí requiere hospitalización*) Y
  - **Historial del viaje internacional o nacional a zonas con transmisión local comunitaria, en los 4 días anteriores al inicio de los síntomas**
  - **Trabajador de la salud/hospitalario en ejercicio**, que haya tenido **contacto estrecho con caso confirmado o probable de COVID-19**
  - Antecedentes de **contacto estrecho en los últimos 14 días con un caso confirmado con IRAG asociada a COVID-19.**
5. Caso probable: COVID-19 (Definición 2 INS) **Fiebre cuantificada mayor a 38°C, tos, dificultad respiratoria, odinofagia y o fatiga, astenia**, Y al menos una de las siguientes
  - **Historial del viaje internacional o nacional a zonas con transmisión local comunitaria, en los 4 días anteriores al inicio de los síntomas**
  - **Trabajador de la salud/hospitalario en ejercicio**, que haya tenido **contacto estrecho con caso confirmado o probable de COVID-19**
  - **Personas en alta movilidad por su ocupación laboral** que hayan tenido **contacto estrecho con caso confirmado o probable por COVID-19.**
  - Antecedente de **contacto estrecho en los últimos 4 días con un caso confirmado con IRAG asociada a COVID-19.**
6. Caso de muerte probable por COVID (Definición 4 INS): Toda muerte por **infección respiratoria aguda grave con cuadro clínico de etiología desconocida durante la consulta, la admisión, la observación, la hospitalización o en el domicilio** (IRAG 348), con **énfasis** en
  - Pacientes **mayores de 60 años y con comorbilidades** (Diabetes, enfermedad cardiovascular, (incluye HTA y ACV), Falla renal, VIH u otra inmunodeficiencia, cáncer, enfermedades autoinmunes, hipotiroidismo, uso de corticoides o inmunosupresores, EPOC y asma, mal nutrición (obesidad y desnutrición) y fumadores.
  - **Trabajadores de la salud incluidos administrativos, policía y fuerzas militares**, empleados de servicios de **protección social de la niñez, la adolescencia o del adulto mayor**, empleados de establecimientos penitenciarios, estaciones de policía y URI, **grupos étnicos** (indígenas, comunidades negras, afrocolombianos, raizales, palenqueros y rom), **personas en situación de calle, personas privadas de la libertad, personas en alta movilidad en virtud de su ocupación laboral, migrantes colombianos internos.**

	<b>PROCESO</b>	<b>PLANEACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Código</b>	<b>PSPM01</b>
	<b>MANUAL</b>	LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Aplicación en COVID-19	<b>Versión</b>	<b>01</b>

7. Caso confirmado (INS 5 pg. 16). Caso **asintomático** confirmado por **laboratorio**: caso **probable** que cumple con alguno de los siguientes criterios:

- **RT-PCR para SARS-CoV-2** en pacientes con **menos de 14 días desde la fecha de la última exposición no protegida con caso confirmado para COVID-19**

8. Caso confirmado 3.2 **Infección Respiratoria Aguda Leve** (equivalente Enfermedad Similar a la Influenza) (Cód. 345) **confirmado por laboratorio**: caso **sospechoso** que cumple con alguno de los siguientes criterios:

- **RT-PCR positivo para SARS-CoV-2** en pacientes con **menos de 14 días desde la fecha de inicio de síntomas**. En los casos que la RT-PCR sea negativa, **puede** evaluarse la confirmación de un caso que manifiesta síntomas hace **11 días o más** con:
  - o Prueba **serológica positiva de anticuerpos IgM/IgG** con **11 días o más desde la fecha del inicio de síntomas** (Las pruebas serológicas utilizadas deben cumplir con las características de sensibilidad y especificidad, concordancia con PCR y tamaño de muestra requeridos por los Lineamientos para el uso de pruebas diagnósticas de SAR-COV-2 (COVID-19) en Colombia del Ministerio de Salud y Protección Social). **Con la evidencia disponible no se recomienda el uso de pruebas serológicas en población asintomática excepto que la indagación se establezcan periodos sintomáticos previos.**

9. Caso confirmado 2. **Infección Respiratoria Aguda leve o moderada por virus nuevo**, con **manejo domiciliario** (Cód. 346) **confirmado por laboratorio**: caso **probable** que cumple con alguno de los siguientes criterios:

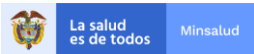
- **RT-PCR positivo para SARS-CoV-2** en pacientes con **menos de 14 días desde la fecha de inicio de síntomas**. En los casos que la RT-PCR sea negativa, puede evaluarse la confirmación de un caso que manifiesta síntomas hace **11 días o más** con:
  - o Prueba **serológica positiva de anticuerpos IgM/IgG** con **11 días o más desde la fecha del inicio de síntomas** (Las pruebas serológicas utilizadas deben cumplir con las características de sensibilidad y especificidad, concordancia con PCR y tamaño de muestra requeridos por los Lineamientos para el uso de pruebas diagnósticas de SAR-COV-2 (COVID-19) en Colombia del Ministerio de Salud y Protección Social). **Con la evidencia disponible no se recomienda el uso de pruebas serológicas en población asintomática excepto que la indagación se establezcan periodos sintomáticos previos.**

10. Caso confirmado 3.1 **Infección Respiratoria Aguda Grave** (Cód. 345) **confirmado por laboratorio**: caso **sospechoso** que cumple con alguno de los siguientes criterios:

- **RT-PCR positivo para SARS-CoV-2** en pacientes con **menos de 14 días desde la fecha de inicio de síntomas**. En los casos que la RT-PCR sea **negativa**, el caso **puede** ser valorado con los siguientes elementos:
  - o Prueba **serológica positiva de anticuerpos IgM/IgG** con **11 días o más desde la fecha del inicio de síntomas** (Las pruebas serológicas utilizadas deben cumplir con las características de sensibilidad y especificidad, concordancia con PCR y tamaño de muestra requeridos por los Lineamientos para el uso de pruebas diagnósticas de SAR-COV-2 (COVID-19) en Colombia del Ministerio de Salud y Protección Social). **Con la evidencia disponible no se recomienda el uso de pruebas serológicas en población asintomática excepto que la indagación se establezcan periodos sintomáticos previos.**
  - o Criterios **clínicos tales como los hallazgos radiológicos pulmonares** (opacidades parenquimatosas en vidrio esmerilado o consolidación periférica y de predominio basal), **aumento de dímero D, PCR, ferritina o LDH**, así como la **linfopenia y la trombocitopenia**.
  - o Las características como **población de riesgo o vulnerable**.

11. Caso confirmado 1 IRAG-Inusitada 1: **Caso confirmado por laboratorio**: caso **probable** que cumple con uno de los siguientes criterios:

- **RT-PCR positiva para SARS-CoV-2** en pacientes con **menos de 14 días desde la fecha de inicio de síntomas**. En los casos que la RT-PCR sea **negativa**, el caso **puede** ser valorado con los siguientes elementos:
  - o Prueba **serológica positiva de anticuerpos IgM/IgG** con **11 días o más desde la fecha del inicio de síntomas** (Las pruebas serológicas utilizadas deben cumplir con las características de sensibilidad y especificidad, concordancia con PCR y tamaño de muestra requeridos por los Lineamientos para el uso de pruebas diagnósticas de SAR-COV-2 (COVID-19) en Colombia del Ministerio de Salud y Protección Social) ....

	<b>PROCESO</b>	PLANEACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA	<b>Código</b>	<b>PSPM01</b>
	<b>MANUAL</b>	LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Aplicación en COVID-19	<b>Versión</b>	<b>01</b>

- Criterios clínicos tales como los hallazgos radiológicos pulmonares (opacidades parenquimatosas en vidrio esmerilado o consolidación periférica y de predominio basal), aumento de dímero D, PCR, ferritina o LDH, así como la linfopenia y la trombocitopenia.

12. Caso confirmado 4. Muerte por COVID-19 (Cód. 348) **confirmado por laboratorio**: caso probable que cumple con uno de los siguientes criterios:

- RT-PCR positiva para SARS-CoV-2 en pacientes con menos de 14 días desde la fecha de inicio de síntomas, en prueba pre-mórtem o post-mórtem (hasta 6 horas) en muestra respiratoria o en tejido. En los casos que la RT-PCR sea negativa (Los resultados falsos negativos pueden suceder por: el sitio anatómico donde se realice la recolección de la muestra respiratoria (nasofaríngeo, orofaríngeo, traqueal o bronquial), el momento con relación a la fecha de inicio de síntomas (muy cerca al día cero o al día catorce), el medio de transporte viral, la refrigeración y la cantidad de secreción respiratoria, entre otros (11. Directrices de Laboratorio para la Detección y el Diagnóstico de la Infección con el Virus COVID-19, Organización Panamericana de la Salud), el caso puede ser valorado con los siguientes elementos:
- Prueba serológica positiva de anticuerpos IgM/IgG con 11 días o más desde la fecha del inicio de síntomas (Las pruebas serológicas utilizadas deben cumplir con las características de sensibilidad y especificidad, concordancia con PCR y tamaño de muestra requeridos por los Lineamientos para el uso de pruebas diagnósticas de SAR-COV-2 (COVID-19) en Colombia del Ministerio de Salud y Protección Social). **Con la evidencia disponible no se recomienda el uso de pruebas serológicas en población asintomática excepto que la indagación se establezcan periodos sintomáticos previos.**
- Criterios clínicos tales como los hallazgos radiológicos pulmonares (opacidades parenquimatosas en vidrio esmerilado o consolidación periférica y de predominio basal), aumento de dímero D, PCR, ferritina o LDH, así como la linfopenia y la trombocitopenia.
- Las características como población de riesgo o vulnerable.

13. Caso confirmado 4. Muerte por COVID-19 (Cód. 348) Caso **confirmado** por **nexo epidemiológico**: caso probable que cumple con uno de los siguientes criterios:

- La persona fallecida tuvo **contacto estrecho previo con caso confirmado de COVID-19** entre 1 y 14 días antes del inicio de síntomas.
- Al menos un **contacto estrecho de la persona fallecida es detectado como caso confirmado de COVID-19** entre 1 y 14 días después del último contacto sin protección.

14. Caso descartado: Persona que cumple la definición de caso probable (del presente anexo) y tenga un **resultado negativo** para nuevo coronavirus 2019 (COVID-19) mediante **RT-PCR en tiempo real**.

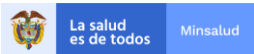
Para el concepto de contacto estrecho, se realizó el mismo ejercicio, como se muestra a continuación

Comunitario: **Cualquier** persona, con **exposición no protegida**, que haya compartido en un espacio menor a dos metros y por más de 15 minutos con una persona con diagnóstico **confirmado** de COVID-19, sin **importar que tenga o no síntomas**. Esto puede incluir las personas que **conviven, trabajan, visitantes** a lugar de residencia; también haber estado en contacto **sin protección** adecuada con **secreciones** infecciosas (por ejemplo: secreciones o fluidos respiratorios o la manipulación de los pañuelos utilizados).

en el transporte: En los aviones u otros medios de transporte, se consideran contacto estrecho a la tripulación/conductor que tuvo contacto o **exposición no protegida** † con una persona con diagnóstico **confirmado** de COVID-19 y a los pasajeros situados en un **radio de dos asientos** alrededor de dicho caso confirmado por más de **15 minutos**.

De personal de salud: Cualquier trabajador en triage, consulta, salas de procedimientos, observación u hospitalización **con exposición no protegida**.

- Trabajador de la salud que **no utilizó respirador de alta eficiencia N95** o superior durante la atención del caso **confirmado** de COVID-19 en procedimientos que generan **aerosoles** (por ejemplo: reanimación cardiopulmonar, intubación, extubación, broncoscopia, endoscopia, terapia con nebulizador, inducción de esputo, procedimientos que estimulan el reflejo de la tos).

	<b>PROCESO</b>	<b>PLANEACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Código</b>	<b>PSPM01</b>
	<b>MANUAL</b>	LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Aplicación en COVID-19	<b>Versión</b>	<b>01</b>

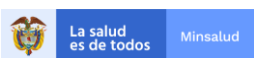
- Trabajador del ámbito hospitalario que realizó **atención clínica** (examen físico, obtención de muestras, aspirado de secreciones, etc.) o atención al usuario (personal administrativo) a pacientes **confirmados** de COVID-19 y **no utilizó los elementos** de protección personal completos y adecuadamente.
- Las exposiciones del **personal sanitario** también incluyen contacto a menos de dos metros por más de **15 minutos** con un **caso de COVID-19** o contacto con **material potencialmente infeccioso** de COVID-19 y no usó de los elementos de protección personal completos y adecuadamente.

Luego de marcar los criterios con textos en colores, se realiza su extracción, como se muestra en la primera columna de la siguiente tabla 4 de procesamiento.

En la segunda columna, con los resultados de la búsqueda bibliográfica, los criterios se simplificaron, etiquetaron, cotejaron y complementaron con elementos adicionales y porcentajes de frecuencia de ocurrencia en diferentes tipos de estudio con mayor a menor fuerza de evidencia.

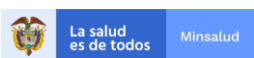
En una tercera columna, se adicionaron algunos comentarios para la discusión posterior con nueva evidencia.

La tabla 5 a continuación de la tabla 4, presenta los criterios finales depurados para la versión de agosto de las definiciones de caso de COVID-19. La tabla 6 presenta los factores de riesgo o vulnerabilidad modificadores. Los factores de riesgo de grupos con mayor posibilidad de exposición están considerados en los criterios epidemiológicos. Los factores de vulnerabilidad individual o colectiva son modificadores de la severidad de las manifestaciones clínicas que pueden reflejarse en los laboratorios y pruebas diagnósticas clínicas, y que por consiguiente pueden tener implicaciones potenciales resultados de salud de sobrevida, complicaciones o muerte.

	<b>PROCESO</b>	PLANEACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA	<b>Código</b>	<b>PSPM01</b>
	<b>MANUAL</b>	LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Aplicación en COVID-19	<b>Versión</b>	<b>01</b>


**Tabla 4. PROCESAMIENTO DE CRITERIOS A PARTIR DE LAS DEFINICIONES DE CASO INTERNACIONALES Y LOCALES**

CRITERIOS extraídos del texto de las definiciones de caso INS	Criterios simplificados	Discusión
<b>Epidemiológicos</b>	<b>Epidemiológicos</b>	
<p>Contacto estrecho de caso <b>confirmado</b> COVID-19 (1) Dentro de los 7 días última EXPOSICIÓN NO PROTEGIDA (1) Contacto estrecho en los últimos 14 días con un caso <b>confirmado</b> con IRAG asociada a COVID-19 (4) contacto estrecho en los últimos 4 días con un caso <b>confirmado</b> con IRAG asociada a COVID-19 (5)</p> <p>Profesional de la salud con <b>contacto estrecho con caso confirmado o probable</b> de COVID-19 (5) Personal alta movilidad con <b>contacto estrecho con caso confirmado o probable</b> por COVID-19 (5). menos de 14 días desde la fecha de la última exposición no protegida con caso <b>confirmado</b> para COVID-19 (7)</p> <p>fallecido <b>contacto estrecho</b> previo con caso <b>confirmado</b> de COVID-19 entre 1 y 14 días antes del inicio de síntomas (13) fallecido con al menos un <b>contacto estrecho</b> de la persona fallecida es detectado como caso <b>confirmado</b> de COVID-19 entre 1 y 14 días después del último contacto sin protección (13).</p> <p>Historial del viaje internacional o nacional a zonas con transmisión local comunitaria, en los 4 días anteriores al inicio de los síntomas (4)</p>	<p>E1. Contacto estrecho con un caso confirmado de COVID-19 (de enfermedad respiratoria en general 18%)<sup>17</sup></p> <p>Contacto estrecho individual que corresponde a</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- exposición no protegida (tapabocas y lavado de manos) a personas o sus secreciones Y,</li> <li>- en un espacio/distancia menor de dos metros (dos asientos en un avión o medio de transporte) Y</li> <li>- durante más de 15 minutos en los 14 días anteriores incluye convivencia, trabajo, visitantes</li> </ul> <p>E1.1. Contacto estrecho de personal de la salud o con ocupación de alta movilidad con un caso confirmado o probable, incluye además de E1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- exposición a aerosoles sin respirador de alta eficiencia O</li> <li>- atención clínica sin EPP</li> </ul> <p>E2. Presencia en países o zonas geográficas nacionales con transmisión local comunitaria o consideradas como área endémica<sup>17</sup> o instalaciones de confluencia de personas y emergencia de brotes en los 14 días anteriores.</p>	<p>En los criterios dentro de las definiciones de caso se describen diferentes temporalidades para casos equivalentes. Es necesario unificar y soportar, pues se genera confusión.</p> <p>El caso especial incluye población de riesgo por exposición.</p> <p>Con la presencia del virus en todo el mundo y las dinámicas poblacionales y de grupos, la vigilancia de los diversos entornos en que confluyen personas permite la respuesta adaptativa para cercar espacios de riesgo. Viaje a área endémica 62.5%<sup>17</sup></p>
<b>Clínicos</b>		
<p>no ha manifestado síntomas en los primeros 7 días posteriores... (1) asintomático (7) IRA fiebre cuantificada mayor a 38°C y tos de no más de 7 días de evolución, que requiera manejo intrahospitalario en servicio de urgencias u observación (2) <b>Sospechoso:</b> IRA con menos de 14 días desde la fecha de inicio de síntomas (8) con 11 días o más desde la fecha del inicio de síntomas (8) <b>Probable</b> Infección Respiratoria Aguda leve o moderada por virus nuevo (146), con manejo domiciliario... con menos de 14 días desde la fecha de inicio de síntomas (9).</p>	<p>C1. Síntomas de infección respiratoria aguda</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fiebre (87%)<sup>17</sup> (97%)<sup>18</sup> cuantificada mayor a 38°C (pacientes geriátricos 59%)<sup>19</sup></li> <li>- Tos (68%)<sup>17</sup> (75%)<sup>18</sup> (pacientes geriátricos 49%)<sup>19</sup></li> <li>- Sensación de fatiga (39%)<sup>17</sup> (44%)<sup>18</sup></li> <li>- Expectoración (31%)<sup>17</sup></li> <li>- Dificultad respiratoria/disnea (24%)<sup>17</sup>/taquipnea &gt;30xmin<sup>18</sup> (pacientes geriátricos 42%)<sup>19</sup></li> <li>- Dolor de garganta (14%)<sup>17</sup></li> </ul>	<p>A pesar que la fiebre puede estar en un 87% de los casos<sup>17</sup>, no se debe olvidar que se manifiesta diferente bajo diversas circunstancias, como puede estar ausente en pacientes mayores o de acuerdo con el clima.</p>


	<b>PROCESO</b>	<b>PLANEACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Código</b>	<b>PSPM01</b>
	<b>MANUAL</b>	LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Aplicación en COVID-19	<b>Versión</b>	<b>01</b>

<p>IRAG fiebre cuantificada mayor a 38°C y tos de <u>no más de 10 días</u> de evolución, que requiera manejo intrahospitalario en servicio de urgencias, observación, hospitalización o UCI (3)</p> <p>IRAG Inusitado Infección respiratoria aguda (IRAG, por <i>fiebre cuantificada mayor o igual a 38°C y tos, con curso clínico inusual o inesperado, especialmente un deterioro repentino a pesar del tratamiento adecuado, que sí requiere hospitalización</i> (4) muerte por infección respiratoria aguda grave con cuadro clínico de etiología desconocida durante la consulta, la admisión, la observación, la hospitalización o en el domicilio (IRAG 348) (6)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rinorrea (7%)<sup>17</sup></li> <li>- SpO2&lt;93% en reposo</li> <li>- PaO2/FiO2 &lt;=300mmHg<sup>18</sup></li> <li>- Falla respiratoria <sup>18</sup></li> </ul> <p>C2. Otros síntomas extra-respiratorios</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conjuntivitis aguda <sup>20</sup> (32.6%)<sup>21</sup></li> <li>- Anosmia (79.6%)<sup>21</sup>, Hiposmia (5.1-20.4%)<sup>21</sup> Ageusia <sup>22</sup> (1.7%)<sup>21</sup>, disgeusia (8.5%)<sup>21</sup> a veces único síntoma en pauci-sintomáticos y asintomáticos)<sup>23</sup></li> <li>- Pérdida de audición <sup>24</sup> o disconfort auditivo <sup>23</sup></li> <li>- Síntomas gastrointestinales <sup>25</sup> (39.6%)<sup>18</sup> Diarrea<sup>26</sup> (8%)<sup>17</sup> (12.5%)<sup>21</sup>, anorexia (26.8%)<sup>21</sup>, náusea y vómito (6.5%)<sup>17</sup> (10.2%)<sup>21</sup>, dolor o malestar abdominal (9.2%)<sup>21</sup></li> <li>- Síntomas urinarios/cistitis <sup>27</sup></li> <li>- Lesión renal aguda (0.5, 2.9-23% en casos severos)<sup>21</sup></li> <li>- Neurológico: Convulsiones <sup>28</sup>, vértigo (16.8%)<sup>21</sup>, cefalea (8%)<sup>18</sup> (13.1%)<sup>21</sup>, lesiones musculares esqueléticas (10.7%)<sup>21</sup>, alteración de la conciencia (7.5%)<sup>21</sup>, enfermedad cerebrovascular aguda (2.8%)<sup>21</sup>, ataxia (0.5%)<sup>21</sup>, convulsiones (0.5%)<sup>21</sup>, meningoencefalitis, síndrome de Guillain-Barré<sup>21</sup>. Alteraciones del estado mental <sup>29</sup></li> <li>- Mialgias (24%)<sup>17</sup></li> <li>- Shock y falla orgánica multisistémica <sup>18</sup></li> <li>- Lesión cardíaca aguda (8-12%) <sup>21</sup>, Falla cardíaca (23-52)<sup>21</sup> arritmia (8.9–16.7%), shock, miocarditis aguda, opresión torácica <sup>21</sup></li> <li>- Compromiso hepático por aminotransferasas elevadas (16.1-53%)<sup>21</sup></li> <li>- Piel: rash eritematoso(15.9%), rash en colmena (3.4%), vesículas (1.1%), isquemia acral, livedo reticularis transitoria unilateral<sup>21</sup></li> <li>- Hematológicas: coagulation disorders, thrombotic events, antiphospholipid antibody<sup>21</sup></li> </ul> <p>C3. Sin síntomas</p>	<p>A pesar que COVID-19 inicialmente se describe como una infección respiratoria aguda, los reportes de manifestaciones diferentes son crecientes por lo que se ha vuelto un gran reto clínico la clasificación y triage de pacientes <sup>27</sup></p> <p>“La conciencia de que presentaciones no específicas de COVID-19 en los pacientes es crucial durante la pandemia para la prevención de la diseminación infecciosa a través del aislamiento e inicio temprano de tratamiento enfocado para COVID-19”.<sup>24</sup></p>
---	---	---



	<b>PROCESO</b>	<b>PLANEACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Código</b>	<b>PSPM01</b>
	<b>MANUAL</b>	<b>LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA</b> Aplicación en COVID-19	<b>Versión</b>	<b>01</b>

	<p>C4. Severidad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leve o moderado</li> <li>- Severo</li> <li>- Inusitado dado por cuadros atípicos y no esperados en corto tiempo (evolución tórpida)</li> <li>- Muerte relacionada con síntomas respiratorios o los otros descritos, de etiología desconocida, durante la atención en salud o sin ella.</li> </ul>	<p>La severidad es igualmente variable y se debe correlacionar con el manejo que más que un criterio es una decisión clínica consecuente en niveles ambulatorio u hospitalario en los diferentes servicios de cuidado general, intermedio o intensivo, fuera del alcance de las definiciones de caso de vigilancia en salud pública.</p>
	<p>C5. Laboratorio y pruebas diagnósticas clínicas no etiológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hallazgos radiológicos pulmonares <ul style="list-style-type: none"> <li>o Compromiso bilateral (81%)<sup>17</sup></li> <li>o Consolidación (73.5%)<sup>17</sup></li> <li>o Opacidad de vidrio esmerilado (73.5%)<sup>17</sup></li> </ul> </li> <li>- Aumento de dímero D,</li> <li>- Aumento de PCR (79%)<sup>17 18</sup></li> <li>- Ferritina</li> <li>- Aumento de LDH (69.3)<sup>17</sup></li> <li>- Linfopenia (57.5%)<sup>17</sup> (25%)<sup>18</sup> (56.5%)<sup>21</sup></li> <li>- Trombocitopenia (13%)<sup>17</sup> (16.4–32.3%)<sup>21</sup></li> <li>- Trombocitosis (61%)<sup>17</sup></li> <li>- Leucocitosis (18.3%)<sup>17 18</sup></li> <li>- Leucopenia (28%)<sup>17</sup> (25%)<sup>18</sup></li> <li>- Disminución Albúmina (81%)<sup>17</sup></li> <li>- Aumento de Interleucina 6 (56%)<sup>17</sup></li> <li>- Aumento AST (37%)<sup>18</sup></li> <li>- Disminución de T3 y T4<sup>18</sup></li> </ul>	<p>El laboratorio o pruebas diagnósticas clínicas son inespecíficos pues son comunes a múltiples diagnósticos diferenciales</p>
<b>Laboratorio</b>		

	<b>PROCESO</b>	PLANEACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA	<b>Código</b>	<b>PSPM01</b>
	<b>MANUAL</b>	LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Aplicación en COVID-19	<b>Versión</b>	<b>01</b>

RT-PCR para SARS-CoV-2 (7) condiciones para realización

- **Asintomático** menos de 14 días desde la fecha de la última exposición no protegida con caso confirmado para COVID-19 (7)
- **Sospechoso** IRA leve (145) con menos de 14 días desde la fecha de inicio de síntomas (8)
- **Sospechoso** Infección Respiratoria Aguda Grave (Cód. 345) con menos de 14 días desde la fecha de inicio de síntomas (10)
- **Probable** Infección Respiratoria Aguda leve o moderada por virus nuevo (146), con manejo domiciliario... con menos de 14 días desde la fecha de inicio de síntomas (9).
- **Probable** IRAG-Inusitada con menos de 14 días desde la fecha de inicio de síntomas
- **Probable muerte** con menos de 14 días desde la fecha de inicio de síntomas, en prueba pre-mórtem o post-mórtem (hasta 6 horas) en muestra respiratoria o en tejido (12).

En caso de PCR negativa **puede** ser valorado con Prueba serológica positiva de anticuerpos IgM/IgG

- **Sospechoso** IRA (145) leve con 11 días o más desde la fecha del inicio de síntomas (8) ...
- **Sospechoso** Infección Respiratoria Aguda Grave (Cód. 345) con 11 días o más desde la fecha del inicio de síntomas (10), (10).
- **Probable** Infección Respiratoria Aguda leve o moderada por virus nuevo (146) con 11 días o más desde la fecha del inicio de síntomas (9)
- **Probable** IRAG-Inusitada con 11 días o más desde la fecha del inicio de síntomas (11) ... con Criterios clínicos tales como los hallazgos radiológicos pulmonares
- **Probable muerte** con 11 días o más desde la fecha del inicio de síntomas (12)

Y/O? **puede** ser valorado por Criterios clínicos tales como los hallazgos radiológicos pulmonares... aumento de dímero D, PCR, ferritina o LDH, así como la linfopenia y la trombocitopenia

- **Sospechoso** Infección Respiratoria Aguda Grave (Cód. 345) (10)
- **Probable** IRAG-Inusitada (11)
- **Probable muerte** (12)

L1. RT-PCR para SARS-CoV-2

- L2. Prueba serológica positiva de anticuerpos IgM/IgG
- L3. Otras pruebas etiológicas


La confirmación implica el mayor grado de certeza que es etiológico.

De acuerdo con la consolidación de las definiciones de caso e insumos de INS se hace pruebas para confirmar asintomáticos, sospechosos y probables dentro de toda la gama de severidad de cuadros clínicos.

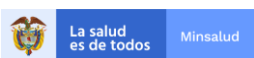
Es constante que tanto en caso de síntomas como exposición se toma el umbral máximo de 14 días.

En caso de pruebas serológicas el periodo mínimo de exposición y síntomas de 11 días permite el establecimiento de inmunidad. Cualitativas vs Cuantitativas

Las pruebas clínicas altamente inespecíficas y que apuntan a establecer la severidad del cuadro, pero no son específicas etiológicas hacen parte de los criterios clínicos.


	<b>PROCESO</b>	<b>PLANEACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Código</b>	<b>PSPM01</b>
	<b>MANUAL</b>	<b>LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA</b> Aplicación en COVID-19	<b>Versión</b>	<b>01</b>

NOTA: Además de los colores ya mencionados, se resaltan en negrita, itálico y subrayado las repeticiones y redundancias de títulos de casos asintomáticos, sospechosos, probables y confirmados, con sus citas, en la primera columna, desde los textos de definiciones del INS, y en la segunda, la versión que los factoriza y simplifica.

	<b>PROCESO</b>	<b>PLANEACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Código</b>	<b>PSPM01</b>
	<b>MANUAL</b>	<b>LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA</b> Aplicación en COVID-19	<b>Versión</b>	<b>01</b>

**Tabla 5. CRITERIOS PARA LAS DEFINICIONES DE CASO DE COVID-19, VERSIÓN AGOSTO 2020**


<b>Criterios simplificados</b>
<b>Epidemiológicos</b>
<p>E1. Contacto estrecho con un caso confirmado de COVID-19 (de enfermedad respiratoria en general 18%)<sup>17</sup></p> <p>Contacto estrecho individual (incluye convivencia, trabajo, visitantes) que corresponde a</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- exposición no protegida (tapabocas y lavado de manos) a personas o sus secreciones Y,</li> <li>- en un espacio/distancia menor de dos metros (dos asientos en un avión o medio de transporte) Y</li> <li>- durante más de 15 minutos en los 14 días anteriores</li> </ul>
<p>E1.1. Contacto estrecho de personal de la salud o con ocupación de alta movilidad con un caso confirmado o probable (Fr1, Ff2, Fr3), incluye además de E1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- exposición a aerosoles sin respirador de alta eficiencia O</li> <li>- atención clínica sin Equipo de Protección Personal, EPP</li> </ul>
<p>E2. Presencia en países o zonas geográficas nacionales con transmisión local comunitaria o consideradas como área endémica<sup>17</sup> o instalaciones de confluencia de personas y emergencia de brotes en los 14 días anteriores.</p>
<b>Clínicos</b>
<p>C1. Síntomas de infección respiratoria aguda</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fiebre (87%)<sup>17</sup> (97%)<sup>18</sup> cuantificada mayor a 38°C (pacientes geriátricos 59%)<sup>19</sup> (MIS-C 98%, 100%)<sup>30 31</sup></li> <li>- Tos (68%)<sup>17</sup> (75%)<sup>18</sup> (pacientes geriátricos 49%)<sup>19</sup> (MIS-C 4.5%)<sup>31</sup></li> <li>- Sensación de fatiga (39%)<sup>17</sup> (44%)<sup>18</sup></li> <li>- Expectoración (31%)<sup>17</sup></li> <li>- Dificultad respiratoria/disnea (24%)<sup>17</sup>/taquipnea &gt;30xmin<sup>18</sup> (pacientes geriátricos 42%)<sup>19</sup> Falla respiratoria<sup>18</sup> (MIS-C 9.6%)<sup>31</sup></li> <li>- Dolor de garganta (14%)<sup>17</sup>, Rinorrea (7%)<sup>17</sup></li> <li>- SpO2&lt;93% en reposo, PaO2/FiO2 &lt;=300mmHg<sup>18</sup></li> </ul>
<p>C2. Otros síntomas extra-respiratorios</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anosmia (79.6%)<sup>21</sup>, Hiposmia (5.1-20.4%)<sup>21</sup> Ageusia<sup>22</sup> (1.7%)<sup>21</sup>, disgeusia (8.5%)<sup>21</sup> a veces único síntoma en pauci-sintomáticos y asintomáticos<sup>23</sup></li> <li>- Síntomas gastrointestinales<sup>25</sup> (MIS-C 71%)<sup>31</sup>, (39.6%)<sup>18</sup> Diarrea<sup>26</sup> (8%)<sup>17</sup> (12.5%)<sup>21</sup>, (MIS-C 27%)<sup>31</sup>, anorexia (26.8%)<sup>21</sup>, náusea y vómito (6.5%)<sup>17</sup> (10.2%)<sup>21</sup> (MIS-C 69%)<sup>30</sup>, dolor o malestar abdominal (9.2%)<sup>21</sup> (MIS-C 34%)<sup>31</sup></li> <li>- Conjuntivitis aguda<sup>20</sup> (32.6%)<sup>21</sup></li> <li>- Neurológico: (MIS-C 22%)<sup>32</sup> Convulsiones<sup>28</sup>, vértigo (16.8%)<sup>21</sup>, cefalea (8%)<sup>18</sup> (13.1%)<sup>21</sup>, Mialgias (24%)<sup>17</sup>, lesiones musculares esqueléticas (10.7%)<sup>21</sup> (MIS-C 21%)<sup>32</sup>, alteración de la conciencia (7.5%)<sup>21</sup>, enfermedad cerebrovascular aguda (2.8%)<sup>21</sup>, ataxia (0.5%)<sup>21</sup>, convulsiones (0.5%)<sup>21</sup>, meningocefalitis, síndrome de Guillain-Barré<sup>21</sup>. Alteraciones del estado mental<sup>29</sup></li> <li>- Compromiso hepático por aminotransferasas elevadas (16.1-53.%)<sup>21</sup></li> <li>- Piel: rash eritematoso (15.9%), rash en colmena (3.4%), vesículas (1.1%), isquemia acral, livedo reticularis transitoria unilateral<sup>21</sup> (MIS-C 73%)<sup>32</sup></li> <li>- Lesión cardíaca aguda (8-12%)<sup>21</sup>, Falla cardíaca (23-52)<sup>21</sup> arritmia (8.9–16.7%), shock, miocarditis aguda, opresión torácica<sup>21</sup></li> <li>- Lesión renal aguda (0.5, 2.9-23% en casos severos)<sup>21</sup></li> <li>- OTROS reportados: Hematológicas: desórdenes de la coagulación, eventos trombóticos, anticuerpos antifosfolípido<sup>21</sup>, Shock y falla orgánica multisistémica<sup>18</sup>, Pérdida de audición<sup>24</sup> o disconfort auditivo<sup>23</sup>, Síntomas urinarios/cistitis<sup>27</sup></li> </ul>

	<b>PROCESO</b>	<b>PLANEACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Código</b>	<b>PSPM01</b>
	<b>MANUAL</b>	<b>LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA</b> Aplicación en COVID-19	<b>Versión</b>	<b>01</b>


C3. Sin síntomas (identificados por seguimientos (selección como muestreo en red con p=1), identificación incidental no probabilística, o por selección muestral probabilística clásica). Solo en los casos primero y tercero se podría hacer inferencia a la población. La representatividad de la incidental no puede ser verificada.		
C4. Severidad (la severidad puede ser dinámica por lo que es un criterio variable)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leve o moderado</li> <li>- Severo o Inusitado dado por cuadros atípicos y no esperados en corto tiempo (evolución tórpida)</li> <li>- Muerte relacionada con síntomas respiratorios o los otros descritos, de etiología desconocida, durante la atención en salud o sin ella.</li> </ul>		
C5. Laboratorio y pruebas diagnósticas clínicas no etiológicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento AST (37%)<sup>18</sup></li> <li>- Leucopenia (28%)<sup>17</sup> (25%)<sup>18</sup></li> <li>- Leucocitosis (18.3%)<sup>17</sup> 18 Neutrofilia (MIS-C 83%)<sup>31</sup></li> <li>- Trombocitopenia (13%)<sup>17</sup> (16.4–32.3%)<sup>21</sup></li> <li>- Aumento de dímero D, Ferritina, Disminución de T3 y T4<sup>18</sup></li> <li>- Troponina T (MIS-C 68%)<sup>31</sup> proBNP (MIS-C 77%)<sup>31</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hallazgos radiológicos pulmonares (MIS-C 41%)<sup>31</sup> y no pulmonares</li> <li>- Compromiso bilateral (81%)<sup>17</sup></li> <li>- Consolidación (73.5%)<sup>17</sup></li> <li>- Opacidad de vidrio esmerilado (73.5%)<sup>17</sup></li> <li>- Ecocardiograma anormal (MIS-C 59%, 63%)<sup>31</sup> 30</li> </ul>
<b>De Laboratorio</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- L1. RT-PCR para SARS-CoV-2 y detección de antígenos (MIS-C 59%, 13-69%)<sup>31</sup> 32</li> <li>- L2. Prueba serológica positiva de anticuerpos IgM/IgG (no uso para diagnosticar o descartar infección activa<sup>33</sup>) (infección pasada en MIS-C 59%, 75-100%)<sup>31</sup> 32</li> </ul>	L3. Otras pruebas etiológicas	

**Tabla 6. CRITERIOS DE RIESGO MODIFICADORES DE LA EXPOSICIÓN O LA SEVERIDAD DE LAS MANIFESTACIONES POR VULNERABILIDAD INDIVIDUAL O SOCIAL**

<b>Factores de riesgo</b>	
<b>Personas con mayor probabilidad de exposición y cuyo compromiso puede impactar la respuesta a la pandemia</b>	
Fr1. Trabajadores de la salud (4%) <sup>17</sup> 34	Fr2. Trabajadores que atienden altos volúmenes de públicos o trabajan en protección social
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profesionales de salud hospitalarios</li> <li>- Profesionales de la salud</li> <li>- Personal administrativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Policía, estaciones de policía y URI</li> <li>- fuerzas militares</li> <li>- Autoridades sanitarias</li> <li>- En atención de niñez o adolescencia</li> </ul>
Fr3. Trabajadores con alta movilidad por actividad ocupacional y migrantes colombianos internos	
<b>Factores de vulnerabilidad (fragilidad individual o social) con mayor posibilidad de hacer manifestaciones severas de COVID-19</b>	
Fv1. Personas mayores de 60 años <sup>29</sup>	
Fv2. Personas con comorbilidades (enfermedad crónica 39.5%) <sup>17</sup> 29 de cualquier edad	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedad respiratoria previa (síndrome de enfermedad respiratoria del adulto %, EPOC 3.2%)<sup>17</sup></li> <li>- Diabetes (9%)<sup>17</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedades autoinmunes/ uso de corticoides o inmunosupresores</li> <li>- Hipotiroidismo</li> <li>- Malnutrición (obesidad y desnutrición)</li> </ul>

	<b>PROCESO</b>	<b>PLANEACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Código</b>	<b>PSPM01</b>
	<b>MANUAL</b>	<b>LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Aplicación en COVID-19</b>	<b>Versión</b>	<b>01</b>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedad cardiovascular (3.3)<sup>17</sup>, (incluye HTA (18%)<sup>17</sup> y ACV),</li> <li>- Falla renal,</li> <li>- VIH u otra inmunodeficiencia,</li> <li>- Cáncer (2.7%),</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fumadores (8.2%)<sup>17</sup> exfumadores (4%)<sup>17</sup></li> <li>- Enfermedad hepática crónica (7%)<sup>17</sup></li> <li>- Enfermedad del sistema digestivo (4.5%)<sup>17</sup></li> </ul>
<p>Fv3. Individuos parte de poblaciones en vulnerabilidad social</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personas parte de grupos étnicos minoritarios (indígenas, comunidades negras, afrocolombianos, raizales, palenqueros y rom).</li> <li>- Personas en situación de calle,</li> <li>- Personas privadas de la libertad y en hacinamiento<sup>29</sup></li> <li>- Casas de cuidado de tercera edad<sup>19</sup></li> </ul>	

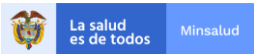
	<b>PROCESO</b>	<b>PLANEACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Código</b>	<b>PSPM01</b>
	<b>MANUAL</b>	LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Aplicación en COVID-19	<b>Versión</b>	<b>01</b>

El abordaje por criterios abiertos como insumos modulares para la definición de caso permite la incorporación de revisiones de los criterios o de nuevas manifestaciones y hallazgos que se identifiquen con el conocimiento en curso de construcción.

Con los criterios anteriores al lado de variables demográficas como la edad/ fecha de nacimiento es posible registrar casos como el del **Síndrome Inflamatorio Multisistémico en niños y adultos jóvenes**, sin necesidad de desplegar un sistema de notificación paralelo a partir de una nueva definición de caso, y e incluyendo manifestaciones similares que de acuerdo con la revisión, también se describen en adultos, como las de la OMS<sup>31</sup>, el CDC de Estados Unidos y NHS de Reino Unido, en la que se marcan los tipos de criterios con los mismos colores con que se hizo para los criterios en las tablas anteriores:

**Tabla 7. DEFINICIONES DE CASO PARA EL SINDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO EN NIÑOS Y ADULTOS JÓVENES**

Definición de caso preliminar de OMS para MIS-C <sup>31</sup>	CDC <sup>30</sup>	NHS <sup>30</sup>
Niños y adolescentes entre 0-19 años con fiebre > 3 días Y dos de los siguientes <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rash o conjuntivitis bilateral no purulenta o signos de inflamación mucocutánea</li> <li>2. Hipotensión o shock</li> <li>3. Manifestaciones de disfunción miocárdica, pericarditis, valvulitis o anomalías coronarias (incluyendo hallazgos de Ecocardiografía o Troponina/NT-proBNP elevada)</li> <li>4. Evidencia de coagulopatía (por TP y TPT, y elevación de dímero D)</li> <li>5. Problemas gastrointestinales agudos</li> </ol> Y Marcadores elevados de inflamación como aumento de VSG, proteína C-reactiva o procalcitonina Y No otra causa microbiana de inflamación, incluyendo la sepsis bacteriana, síndromes de shock tóxico estreptocócico y estafilocócico Y	Menores de 21 años Fiebre >38.0°C, o reporte de fiebre subjetiva mayor o igual a 24 hs.  Evidencia clínica de enfermedad severa que requiere hospitalización, con compromiso multisistémico (más de dos órganos cardíaco, renal, respiratorio, hematológico, gastrointestinal, dermatológico o neurológico)  Positivo para infección por SARS-CoV-2 actual o reciente por PCR TR, serología o test de antígeno,  O  Exposición a COVID-19 dentro de las 4 semanas anteriores al inicio de los síntomas.  Hallazgos que incluyen, pero no se limitan a elevación de PCR, VSG, fibrinógeno, procalcitonina, dímero D, ferritina, LDH, IL-6, neutrofilia, linfopenia y baja albúmina.  No diagnósticos alternativos plausibles	Niños Fiebre persistente >38.5°C  Disfunción de uno o múltiples órganos (shock, cardíaco, respiratorio, renal, gastrointestinal, o neurológico) con manifestaciones adicionales. Puede incluir niños con criterios parciales o completos para enfermedad de Kawasaki.  La prueba de SARS-CoV-2 puede ser positiva o negativa.  Neutrofilia, elevación de PCR o linfopenia  Exclusión de otra causa microbiana incluyendo sepsis bacteriana, síndromes de shock tóxico por estafilococo o estreptococo, infecciones asociadas con miocarditis como enterovirus (esperar por resultados de este tipo no debe retardar el tratamiento clínico especializado).

	<b>PROCESO</b>	PLANEACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA	<b>Código</b>	<b>PSPM01</b>
	<b>MANUAL</b>	LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Aplicación en COVID-19	<b>Versión</b>	<b>01</b>

evidencia de COVID-19 (PCT-TR, antígeno o serología positiva), o contacto probable con pacientes con COVID-19

La mayoría de los criterios son clínicos y están incluidos en los criterios presentados en la tabla 5 de hallazgos no respiratorios para población de todas las edades. Sólo el diagnóstico diferencial por exclusión no está incluido. Igualmente, se consideran los criterios de laboratorio etiológico y epidemiológico de contacto.

De acuerdo con la literatura, aunque la media de edad de presentación es de 8.6 años, el rango es amplio entre los 3 meses y los 20 años. Las frecuencias de los síntomas y signos del síndrome, se incluyen en la tabla 5 de criterios. Un hallazgo de importancia es que muchos de los casos reportados inicialmente fueron negativos para PCR en tiempo real pero positivos en las pruebas de anticuerpos, indicando infección pasada. Entonces se tiene la hipótesis de que se trata de una respuesta inflamatoria post-infecciosa luego de la infección por SARS-CoV-2 con manifestaciones epidemiológicas diferentes a la infección aguda severa de COVID-19 en niños, que se asocia a menores edades, historia de comorbilidades, síntomas y disfunción respiratoria. Hay un traslapeo importante entre MIS-C y otros síndromes hiper inflamatorios en niños como la enfermedad de Kawasaki, HLH, MAS y el shock tóxico, como posible resultado de la activación y disregulación de las vías inflamatorias comunes.<sup>31 30 35</sup>

### 6.4.3. PRODUCTO

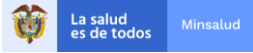
- 1) *Hacer el mapeo de los criterios a las clases de definición de caso*
- 2) *Conectar los criterios por conectores lógicos como Y u O, y verificar errores lógicos en que se repitan los criterios o los conectores dentro de cada clase en la definición de caso.*
- 3) *Verificar la no redundancia (que es base para la caridad de las definiciones) que puede llevar a reducir el número de clases o tipos dentro de la definición de caso, o por lo contrario, a que sea necesario incorporar nuevas categorías (no es lo deseable pues se saldría del estándar de 3 clases o tipos como sospechosos, probables y confirmados)*

#### PROPUESTA 1

Una primera propuesta de definición de caso para COVID-19 toma como referencia la estructura de las definiciones de caso de la OMS de mayo 10, 2020, que incluye en la definición de caso **los tres tipos estándar de sospechosos, probables y confirmados**, pero en la que el grupo de probables recoge los casos sospechosos en que no se ha podido confirmar por falta o fallas en el laboratorio etiológico, más que una progresión de severidad como criterio de certidumbre en términos de los criterios clínicos o epidemiológicos. Esta propuesta parte de los módulos generales de los criterios epidemiológicos, clínicos y de laboratorio. Los criterios clínicos se limitaron a los síntomas respiratorios. Esta propuesta fue la incluida previamente en el Decreto 1109 de 2020 derogado por el Decreto 1374 de 2020.

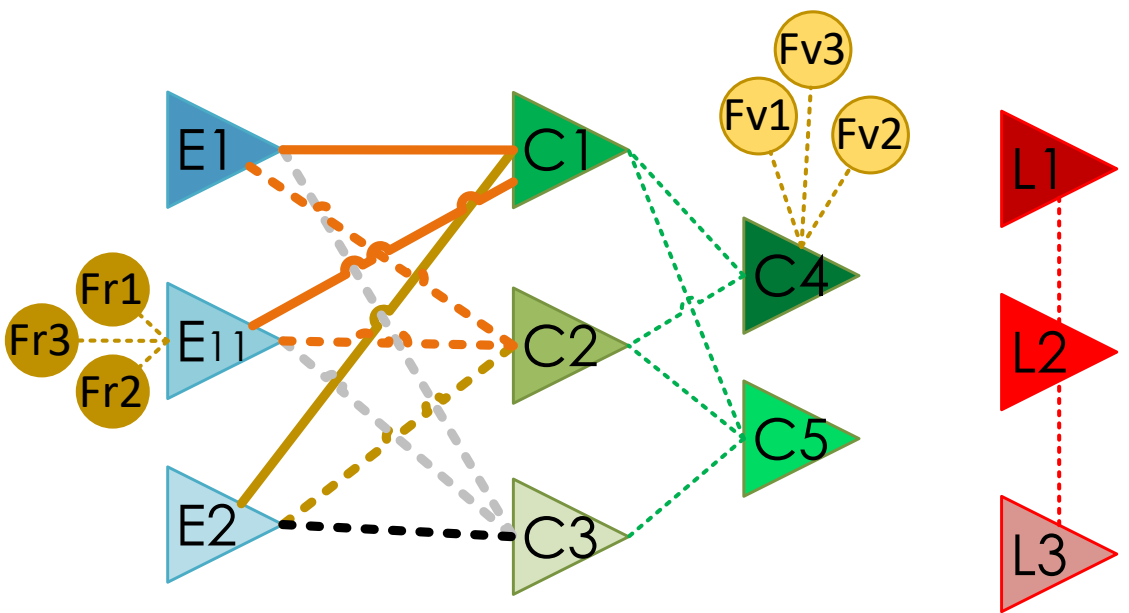
El mapeo de las definiciones de caso se apoyó en establecer gráficamente relaciones entre los criterios como se muestra en los algoritmos a continuación, con líneas conectando los iconos de los criterios, siguiendo las etiquetas asignadas en la tabla 5. Con esta herramienta, además de combinar los criterios, se usan para verificar que no tengan redundancias o incorrecciones lógicas.



	<b>PROCESO</b>	PLANEACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA	<b>Código</b>	<b>PSPM01</b>
	<b>MANUAL</b>	LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Aplicación en COVID-19	<b>Versión</b>	<b>01</b>

En líneas punteadas gruesas se presentan las conexiones que no se han considerado, y que además se muestran en gris en el texto. Las líneas punteadas delgadas muestran conexiones como criterios vinculados que no afectan las definiciones de caso, aunque son importantes para el manejo clínico o los énfasis en poblaciones de riesgo.


**CASO SOSPECHOSO**

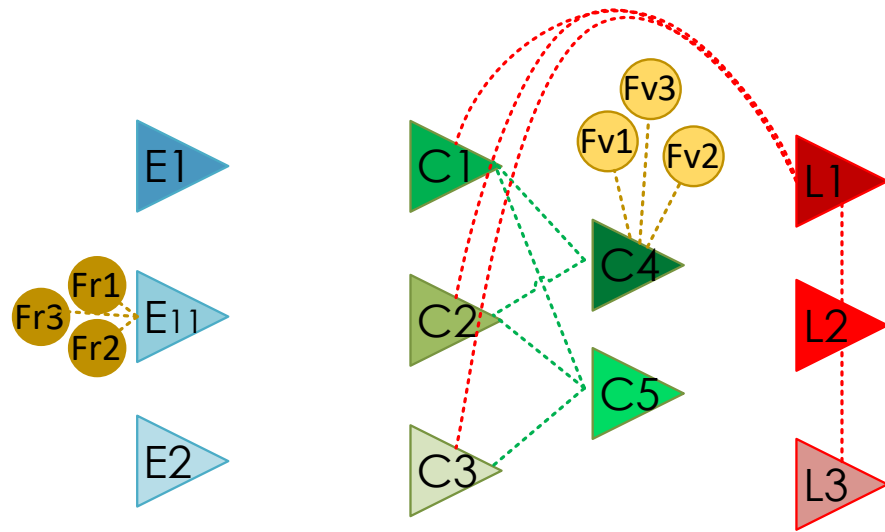


**C1**  
Es toda persona con enfermedad respiratoria aguda, es decir, fiebre y al menos un signo o síntoma como tos o dificultad para respirar, sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica;  
**Y**  
E2 o E1  
una historia de viaje a o residencia en un país, área o territorio que ha informado la transmisión local de la enfermedad COVID-19 durante los 14 días anteriores al inicio de los síntomas;  
**O**  
E1 (E1.1)  
que haya estado en contacto con un caso confirmado o probable de enfermedad COVID-19 durante los 14 días anteriores al inicio de los síntomas;  
**O**  
C4  
que la enfermedad respiratoria requiera hospitalización.

**E1 O E11 Y C3**  
Persona con exposición por contacto estrecho sin protección individual o potencial múltiple/ sostenida a casos probables o confirmados de COVID-19 pero que aún es asintomática.

**CASO PROBABLE**

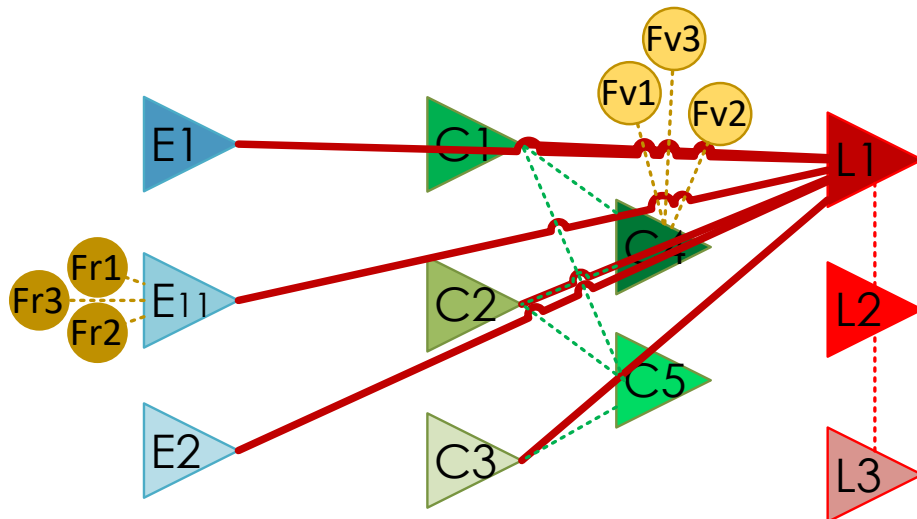
	PROCESO	PLANEACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA	Código	PSPM01
	MANUAL	LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Aplicación en COVID-19	Versión	01



~L1

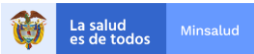
Es todo caso **sospechoso** con **cuadro clínico** y nexos **epidemiológicos** muy sugestivos, donde la prueba de **laboratorio** no se realizó o su resultado no es concluyente.

### CASO CONFIRMADO



L1 (L2 o L3)

Es toda persona con **confirmación de laboratorio de infección por el virus SARS-CoV-2**, independientemente de los signos y síntomas clínicos, es decir, que puede darse en un caso sospechoso o en persona asintomática.

	<b>PROCESO</b>	PLANEACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA	<b>Código</b>	<b>PSPM01</b>
	<b>MANUAL</b>	LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Aplicación en COVID-19	<b>Versión</b>	<b>01</b>

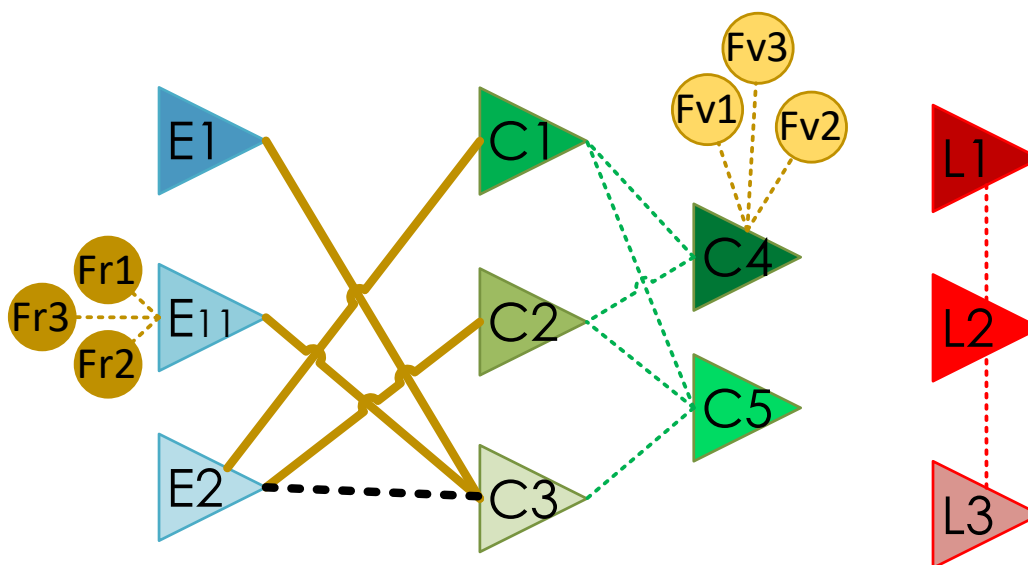
## PROPUESTA 2

Una segunda propuesta toma como referencia la estructura de definiciones de caso de la OMS de julio 7 con las tres clases o tipos estándar de sospechosos, probables o confirmados describiendo la progresión entre sensible y específico. Igual que la primera propuesta, el punto de partida para la definición de casos son los módulos generales de los criterios epidemiológicos, clínicos y de laboratorio. Esta propuesta es adoptada en el Decreto 1474 de 2020 de PRASS.

En esta propuesta, el caso confirmado es equivalente al de la primera propuesta.

Los contactos asintomáticos se incluyen como casos sospechosos, con lo que es directo que todas las variables registradas sean las mismas que se consideran para la notificación de los casos.

### CASO SOSPECHOSO




#### E2 Y C1 O C2

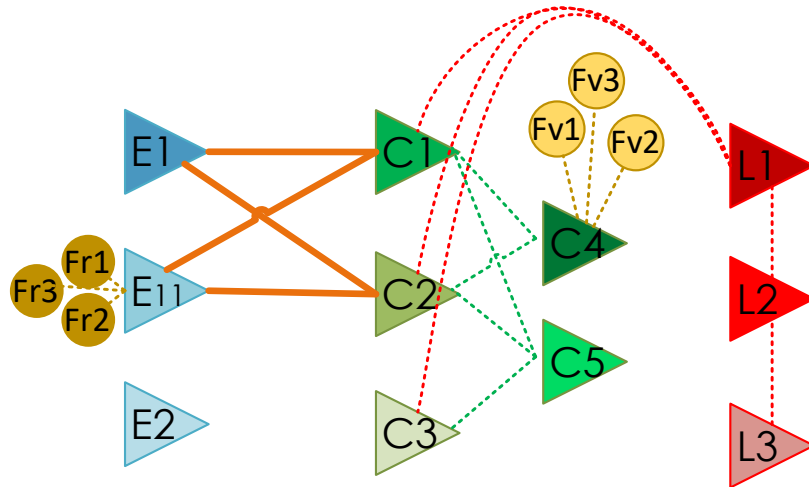
Persona **expuesta por haber estado en un lugar con transmisión comunitaria o endémico o de brote, con o sin manifestaciones clínicas respiratorias o extra-respiratorias de COVID-19** de cualquier severidad y manifestaciones de laboratorio.

#### E1 O E11 Y C3

Persona con **exposición por contacto estrecho sin protección individual o potencial múltiple/ sostenida a casos probables o confirmados de COVID-19** pero que aún es **asintomática**.

### CASO PROBABLE

	<b>PROCESO</b>	PLANEACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA	<b>Código</b>	<b>PSPM01</b>
	<b>MANUAL</b>	LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Aplicación en COVID-19	<b>Versión</b>	<b>01</b>

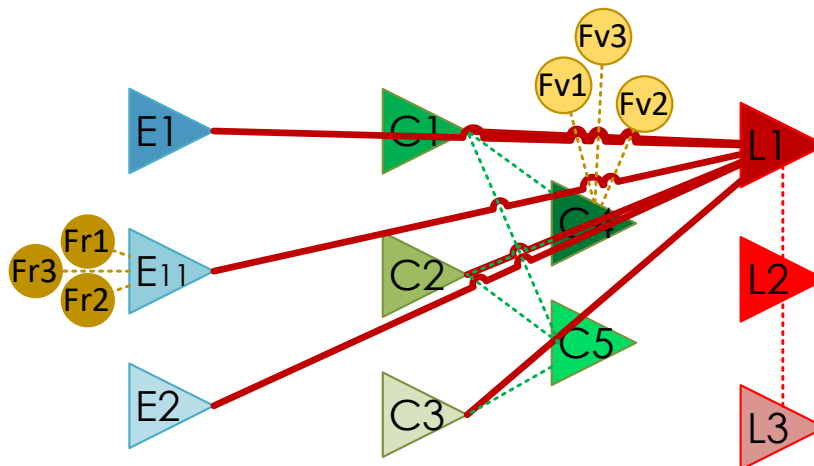


E1 O E11 Y C1 O C2

Persona con cualquier tipo de **exposición individual o múltiple a casos confirmados** con cualquier manifestación clínica respiratorias o extra-respiratorias de COVID-19 de cualquier severidad y manifestaciones de laboratorio clínico.

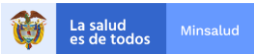
~L1 dudoso<sup>29</sup> o no realizable por alguna razón

### CASO CONFIRMADO



L1

Cualquier **Expuesto E** identificado o no, y/o con o sin manifestaciones clínicos respiratorias o extra-respiratorias de COVID-19 de cualquier severidad y manifestaciones de laboratorio clínico, en que **haya resultados de confirmación etiológica de SARS-CoV-2 L1 (L2 o L3)**

	<b>PROCESO</b>	PLANEACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA	<b>Código</b>	<b>PSPM01</b>
	<b>MANUAL</b>	LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Aplicación en COVID-19	<b>Versión</b>	<b>01</b>

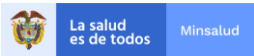
Los casos recuperados procedentes de la idea teórica de los modelos SIR, que por definición excluyen infectados o infectantes y no son ya susceptibles, más que implicar una nueva definición de caso, son estados de los diferentes tipos de caso que idealmente deberían llegar a ser siempre casos confirmados o descartados.

Dependiendo de los criterios para definir cada caso, podrían basarse en que dicho criterio también cese su presentación.

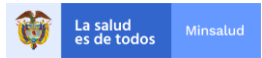
- En el caso del laboratorio, que las pruebas etiológicas se hagan negativas. De manera opcional, cuando las pruebas de laboratorio confirmatorias de infección activa no están disponibles de forma masiva, se puede definir periodos promedio de negativización, o hacer uso de pruebas de infección no activa con medición serial de títulos decrecientes de IgM por ejemplo.
- En caso de sintomáticos infecciosos según la literatura que indique con evidencia el periodo máximo y mínimo de infecciosidad con base en cuando cesen los síntomas. En este caso, más que recuperados debe hacerse el uso de sobrevivientes no infecciosos o con remisión de síntomas en cada caso.

## 7. REFERENCIAS

1. CDC. Surveillance Case Definitions | NNDSS. *National Notifiable Diseases Surveillance System (NNDSS)* <https://wwwn.cdc.gov/nndss/case-definitions.html> (2017).
2. Krause, G., Brodhun, B., Altmann, D., Claus, H. & Benzler, J. Reliability of case definitions for public health surveillance assessed by Round-Robin test methodology. *BMC Public Health* **6**, 129 (2006).
3. Johns Hopkins University Press. Project MUSE - Digital Contact Tracing for Pandemic Response. *Digital Contact Tracing for Pandemic Response: Ethics and Governance Guidance* <https://muse.jhu.edu/chapter/2628662> (2020).
4. OPS/OMS. Case definitions for COVID-19 surveillance – 10 May 2020 - PAHO/WHO | Pan American Health Organization. <https://www.paho.org/en/topics/coronavirus-infections/coronavirus-disease-covid-19-pandemic/case-definitions-covid-19> (2020).
5. WHO. Public health surveillance for COVID-19. Interim guidance. (2020).
6. ECDC. Case definition for coronavirus disease 2019 (COVID-19), as of 29 May 2020. *European Centre for Disease Prevention and Control* <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/surveillance/case-definition> (2020).
7. CDC. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) | 2020 Interim Case Definition, Approved April 5, 2020. *Centers for Disease Control and Prevention - National Notifiable Diseases Surveillance System (NNDSS)* <https://wwwn.cdc.gov/nndss/conditions/coronavirus-disease-2019-covid-19/case-definition/2020/> (2020).
8. Rad, E. K. *et al.* Rapid review of the existing COVID-19 Case Definitions: A Bayesian Approach model to COVID-19 Case Definitions: A Research Article. 53 (2020).
9. INS. Anexo\_ Instructivo Vigilancia COVID v11 12052020.pdf. [http://www.ins.gov.co/Noticias/Coronavirus/Anexo\\_%20Instructivo%20Vigilancia%20COVID%20v11%2012052020.pdf](http://www.ins.gov.co/Noticias/Coronavirus/Anexo_%20Instructivo%20Vigilancia%20COVID%20v11%2012052020.pdf) (2020).
10. Ospina-Martínez, M. L. *et al.* Orientaciones para la Vigilancia en Salud Pública de la COVID-19 INS. 51 (2020).
11. Marinov, T. T. & Marinova, R. S. Dynamics of COVID-19 Using Inverse Problem for Coefficient Identification in SIR Epidemic Models. *Chaos Solitons Fractals* X 100041 (2020) doi:10.1016/j.csf.2020.100041.

	<b>PROCESO</b>	PLANEACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA	<b>Código</b>	<b>PSPM01</b>
	<b>MANUAL</b>	LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Aplicación en COVID-19	<b>Versión</b>	<b>01</b>

12. Tiger, D., Baba, I., Makhneva, D. & Reporting, S. B. / F. M. C. for I. Reports on “recovered” Covid-19 cases inconsistent and incomplete. Numbers elusive and may mislead on real medical impact of virus. *CU-CitizenAccess.org* <https://www.cu-citizenaccess.org/2020/07/10/definitions-of-recovered-from-covid-19-vary-widely-across-the-u-s/>.
13. CDC. Disposition of Non-Hospitalized Patients with COVID-19 | CDC. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/disposition-in-home-patients.html> (2020).
14. Alizargar, J. Risk of reactivation or reinfection of novel coronavirus (COVID-19). *J. Formos. Med. Assoc.* **119**, 1123 (2020).
15. Batisse, D. *et al.* Clinical recurrences of COVID-19 symptoms after recovery: viral relapse, reinfection or inflammatory rebound? *J. Infect.* S0163445320304540 (2020) doi:10.1016/j.jinf.2020.06.073.
16. Hu, X. *et al.* Factors associated with negative conversion of viral RNA in patients hospitalized with COVID-19. *Sci. Total Environ.* **728**, 138812 (2020).
17. Pormohammad, A. *et al.* Clinical characteristics, laboratory findings, radiographic signs and outcomes of 61,742 patients with confirmed COVID-19 infection: A systematic review and meta-analysis. *Microb. Pathog.* **147**, 104390 (2020).
18. Sun, L. *et al.* Combination of four clinical indicators predicts the severe/critical symptom of patients infected COVID-19. *J. Clin. Virol.* **128**, 104431 (2020).
19. Sacco, G., Foucault, G., Briere, O. & Annweiler, C. COVID-19 in seniors: Findings and lessons from mass screening in a nursing home. *Maturitas* **141**, 46–52 (2020).
20. Scalinci, S. Z. & Trovato Battagliola, E. Conjunctivitis can be the only presenting sign and symptom of COVID-19. *IDCases* **20**, e00774 (2020).
21. Lai, C.-C., Ko, W.-C., Lee, P.-I., Jean, S.-S. & Hsueh, P.-R. Extra-respiratory manifestations of COVID-19. *Int. J. Antimicrob. Agents* 106024 (2020) doi:10.1016/j.ijantimicag.2020.106024.
22. Kang, Y. J., Cho, J. H., Lee, M. H., Kim, Y. J. & Park, C.-S. The diagnostic value of detecting sudden smell loss among asymptomatic COVID-19 patients in early stage: The possible early sign of COVID-19. *Auris. Nasus. Larynx* S0385814620301401 (2020) doi:10.1016/j.anl.2020.05.020.
23. Freni, F. *et al.* Symptomatology in head and neck district in coronavirus disease (COVID-19): A possible neuroinvasive action of SARS-CoV-2. *Am. J. Otolaryngol.* **41**, 102612 (2020).
24. Kilic, O. *et al.* Could sudden sensorineural hearing loss be the sole manifestation of COVID-19? An investigation into SARS-COV-2 in the etiology of sudden sensorineural hearing loss. *Int. J. Infect. Dis.* **97**, 208–211 (2020).
25. Manus, J.-M. Symptômes gastro-intestinaux initiaux, autres signes de Covid-19. *Rev. Francoph. Lab.* **2020**, 16–17 (2020).
26. Qiu, H.-J. *et al.* Using the internet search data to investigate symptom characteristics of COVID-19: A big data study. *World J. Otorhinolaryngol. - Head Neck Surg.* S2095881120300639 (2020) doi:10.1016/j.wjorl.2020.05.003.
27. Mumm, J.-N. *et al.* Urinary Frequency as a Possibly Overlooked Symptom in COVID-19 Patients: Does SARS-CoV-2 Cause Viral Cystitis? *Eur. Urol.* S0302283820303535 (2020) doi:10.1016/j.eururo.2020.05.013.
28. Anand, P. *et al.* Seizure as the presenting symptom of COVID-19: A retrospective case series. *Epilepsy Behav.* 107335 (2020) doi:10.1016/j.yebeh.2020.107335.
29. Ward, C. F., Figiel, G. S. & McDonald, W. M. Altered Mental Status as a Novel Initial Clinical Presentation for COVID-19 Infection in the Elderly. *Am. J. Geriatr. Psychiatry* **28**, 808–811 (2020).
30. Kaushik, S. *et al.* Multisystem Inflammatory Syndrome in Children Associated with Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Infection (MIS-C): A Multi-institutional Study from New York City. *J. Pediatr.* **224**, 24–29 (2020).
31. Radia, T. *et al.* Multi-system Inflammatory Syndrome in Children & Adolescents (MIS-C): A Systematic Review of Clinical features and presentation. *Paediatr. Respir. Rev.* S1526054220301172 (2020) doi:10.1016/j.prrv.2020.08.001.
32. Abrams, J. Y. *et al.* Multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C) Associated with SARS-CoV-2: A Systematic Review. *J. Pediatr.* S0022347620309859 (2020) doi:10.1016/j.jpeds.2020.08.003.

	<b>PROCESO</b>	<b>PLANEACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Código</b>	<b>PSPM01</b>
	<b>MANUAL</b>	LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Aplicación en COVID-19	<b>Versión</b>	<b>01</b>

33. Jacofsky, D., Jacofsky, E. M. & Jacofsky, M. Understanding Antibody Testing for COVID-19. *J. Arthroplasty* **35**, S74–S81 (2020).
34. Al-zoubi, N. A. *et al.* Prevalence of positive COVID-19 among asymptomatic health care workers who care patients infected with the novel coronavirus: A retrospective study. *Ann. Med. Surg.* **57**, 14–16 (2020).
35. Loke, Y.-H., Berul, C. I. & Harahsheh, A. S. Multisystem inflammatory syndrome in children: Is there a linkage to Kawasaki disease? *Trends Cardiovasc. Med.* S1050173820301018 (2020) doi:10.1016/j.tcm.2020.07.004.

<b>ELABORADO POR:</b>	<b>REVISADO POR:</b>	<b>APROBADO POR:</b>
<b>Nombre y Cargo:</b> M. Patricia Cifuentes MD, PhD. Contratista GVSP/Dirección de Epidemiología y Demografía <b>Fecha:</b> 20 de agosto de 2020	<b>Nombre y Cargo:</b> Víctor Hugo Álvarez MD, MSc. Asesor Dirección de Epidemiología y Demografía <b>Fecha:</b> 21 de septiembre de 2020	<b>Nombre y Cargo:</b> Julián Alfredo Fernández Niño MD, PhD. Director de Epidemiología y Demografía <b>Fecha:</b> 21 de octubre de 2020