

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

## 1 - Introducción

Alfonso J. Rodríguez-Morales,<sup>1,2,3,\*</sup> Duilio Nuñez,<sup>3</sup> Silvio Vega,<sup>4</sup> Sergio Cimerman,<sup>5</sup> Mónica Thormann,<sup>6</sup> Gabriela Sanabria,<sup>7</sup> Gabriel Levy Hara,<sup>8</sup> en nombre del Grupo de Expertos del Consenso COVID-19 de API\*.

<sup>1</sup>Grupo de Investigación Salud Pública e Infección, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Risaralda, Colombia.

<sup>2</sup>Grupo de Investigación Biomedicina, Faculty of Medicine, Fundación Universitaria Autónoma de las Américas, Pereira, Risaralda, Colombia.

<sup>3</sup>Servicio de Infectología, Hospital Central IPS, Asunción, Paraguay.

<sup>4</sup>Complejo Hospitalario Metropolitano, Caja del Seguro Social, Panama City, Panama.

<sup>5</sup>Institute of Infectious Diseases Emilio Ribas, São Paulo, SP, Brazil.

<sup>6</sup>Hospital Salvador Bienvenido Gautier, Santo Domingo, República Dominicana.

<sup>7</sup>Departamento de Investigación y Docencia, Instituto de Medicina Tropical, Asunción, Paraguay.

<sup>8</sup>Infectious Disease Unit, Hospital Carlos G Durand, Buenos Aires, Argentina.

\*Listado completo de participantes al final del documento.

*Rev Panam Enf Inf* 2020; 3(1):1-5.

Recibido 1 Abril 2020 - Accepted 1 Agosto 2020.

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

### Resumen

A finales del año 2019 se originó en China un nuevo coronavirus, zoonótico, que fue denominado como el coronavirus del síndrome agudo respiratorio severo 2 (SARS-CoV-2), causante de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). Este virus generó inicialmente la denominación por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de Emergencia Sanitaria de Preocupación Internacional (ESPI), y posteriormente de pandemia. El impacto de esta pandemia por COVID-19 ha afectado todo el mundo. América Latina no ha sido la excepción, y con ello el presente Consenso, que reúne el trabajo de expertos de diferentes países de la región, congregados en la Asociación Panamericana de Infectología (API), busca servir de guía, especialmente para aquellos países en los cuales no se han desarrollado a la fecha lineamientos claros, especialmente en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, pero también en otros aspectos epidemiológicos y preventivos. El presente consenso está dividido en partes. Esta, corresponde a la primera, Introducción.

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

### Abstract

At the end of 2019, a new zoonotic coronavirus originated in China, which was called the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2), which causes the coronavirus disease 2019 (COVID-19). This virus first generated the denomination by the World Health Organization (WHO) of a Public Health Emergency of International Concern (PHEIC), and later of pandemic. The impact of this COVID-19 pandemic has affected the entire world. Latin America has not been the exception, and with this this Consensus, which brings together the work of experts from different countries in the region, gathered in the Pan American Association of Infectious Diseases (API), seeks to serve as a guide, especially for those countries in which to date have not developed clear guidelines, especially in the diagnosis and treatment of the disease, but also in other epidemiological and preventive aspects. This consensus is divided into parts. This one, corresponds to the first, Introduction.

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

### 1.1. Antecedentes

Antes de la aparición de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), causada por el coronavirus del síndrome agudo respiratorio severo 2 (SARS-CoV-2), otros coronavirus habían causado

enfermedad en animales y en seres humanos [1]. Múltiples coronavirus afectan a animales. Existen más de 40 especies descritas dentro de la familia *Coronaviridae*, en la cual se ubican las subfamilias *Letovirinae* y *Orthocoronaviridae* [2]. Esta última, incluye cuatro

géneros, alfa, beta, delta y gamacoronavirus, donde en los dos primeros se van a ubicar los subgéneros y especies capaces de producir patología en el ser humano [3].

Existen hasta la fecha, incluyendo al SARS-CoV-2, siete coronavirus capaces de producir patología en el ser humano. Cuatro de ellos, fundamentalmente asociados a cuadros infecciosos respiratorios de compromiso leve a moderado en pacientes inmunocompetentes, los coronavirus humanos (HCoV) 229E, NL63 (ambos alfacoronavirus) y OC43 y HKU1 (betacoronavirus) [4].

En el género betacoronavirus se incluyen los tres restantes que causan patología en el ser humano, y que además han causado epidemias en este siglo. Allí se incluyen el coronavirus del síndrome agudo respiratorio severo (SARS-CoV), que causó epidemia entre 2002 y 2003 en China y otros países, dentro y fuera de Asia; y también el coronavirus del síndrome respiratorio del medio oriente (MERS-CoV), el cual originó una epidemia en 2012-2013 en Arabia Saudita, extendiéndose a otros países dentro y fuera del medio oriente. De ambos, pero especialmente del MERS-CoV, hay evidencias científicas de que circulaban antes de la aparición de dichos brotes [5, 6].

El último en aparecer, el SARS-CoV-2 ha causado no solo epidemias en China y otros países de Asia, sino que rápidamente se extendió a otros continentes, incluido América Latina [7, 8], llegando primeramente a Brasil [9], y luego a todos los demás países de la región [10, 11].

### 1.1.1. ¿Qué es el coronavirus, SARS-CoV-2, causante del COVID-19?

El SARS-CoV-2 es un coronavirus, un virus ARN, que tiene tres proteínas estructurales mayores, S (glicoproteína de espícula), proteína M (de membrana), la más abundante, y la glicoproteína E (de envoltura), la más pequeña de las tres. Cuenta con una bicapa lipídica y una proteína de nucleocápside (N), más su cadena única (monocatenario) de ARN en sentido positivo [1, 12, 13].

Este agente causa infección respiratoria, pero también puede afectar a múltiples órganos y sistemas [14, 15].

### 1.1.2. ¿Cómo y de dónde se originó el SARS-CoV-2/COVID-19?

Al parecer, el SARS-CoV-2 se hizo aparente con un brote de posible transmisión alimentaria y contacto con animales muertos y vivos en un mercado de alimentos (mercado de Huanan) en la ciudad de Wuhan, provincia

de Hubei, China, durante los últimos 15 días de diciembre de 2019 [16]. En adición a casos que habían estado en el mercado, se observó rápidamente otros nuevos sin relación con ellos, por lo cual se presumió rápidamente transmisión respiratoria, como posteriormente se ha confirmado, en adición a otros mecanismos de transmisión, algunos aún en estudio [16, 17]. En todo caso, hay acuerdo internacional en que el origen es zoonótico, como ha sucedido también con SARS-CoV y MERS-CoV. En el caso de SARS-CoV-2 se considera al hospedador natural los murciélagos, y como posible hospedador intermediario a los pangolines, sin embargo se requiere más confirmación al respecto [18].

### 1.1.3. ¿Cómo se desarrolló la pandemia COVID-19?

El 31 de diciembre de 2019, se reportan en Wuhan, China, 27 casos de neumonía viral. El 24 de enero de 2020 se secuencian el virus, asignándole la denominación inicial de nuevo coronavirus 2019 (2019nCoV), posteriormente de SARS-CoV-2. El 30 de enero de 2020 se declara como ESPI por parte de la OMS. Dada la extensión a múltiples países de Asia, posteriormente de Europa, y América, la OMS declara, el día 11 de marzo de 2020, al COVID-19 como una pandemia. El día 25 de febrero se había confirmado su primer caso en Brasil [1, 9, 11].

En el Cuadro 1 se resumen las fechas de confirmación de los primeros casos en los primeros países de América Latina en recibirlos (importados) y su origen geográfico (Cuadro 1).

**Cuadro 1.** Llegada de los primeros casos de COVID-19 a América Latina.

País	Fecha del primer caso reportado	Origen
Brasil	26 de febrero	Italia
México	28 de febrero	Italia
Ecuador	29 de febrero	España
República Dominicana	1 de marzo	Italia
Chile	3 de marzo	Asia
Argentina	3 de marzo	Italia
Perú	6 de marzo	España
Colombia	6 de marzo	Italia
Costa Rica	6 de marzo	EUA
Paraguay	7 de marzo	Ecuador
Panamá	10 de marzo	España
Bolivia	10 de marzo	Italia

#### 1.1.4. ¿Cómo ha sido el comportamiento epidemiológico del COVID-19 en América Latina?

En poco más de 5 meses, se han reportado 5.334.953 de casos (Agosto 8, 2020), de los cuales 4.531.716 han sido notificados por países de Sur América (Brasil, 2.912.212), México 462.690, Centro América 216.437 (71.418 de Panamá), y 124.110 de la subregión de las islas del Caribe y el Atlántico de las Américas (77.709 de República Dominicana) (<https://ais.paho.org/phis/viz/COVID19Table.asp>).

#### 1.1.5. ¿Qué debemos aprender de las pandemias previas y de los brotes asiático y europeo?

En efecto, las epidemias previas de SARS y MERS, han sido punto de partida importante para comprender el posible compartimiento inicial del SARS-CoV-2/COVID-19. En adición a ello, dado que en la historia múltiples otras epidemias y pandemias han sido de importancia, también, hay aspectos epidemiológicos que han servido de base para la comprensión de la actual pandemia, como sucedió en 2009 con la pandemia de influenza [1, 6].

#### 1.1.6. ¿Cuáles son las fases de la pandemia?

Las fases de una pandemia han sido definidas específicamente por la OMS [19]. En el caso de la influenza H1N1 de 2009, se definieron 6 fases, en las cuales las fases 1-3 involucraban un período en el cual las infecciones de dicha zoonosis viral implicaban fundamentalmente compromiso en animales y pocos casos en humanos, una fase 4 de transmisión sostenida en humanos, y las fases 5 y 6, propiamente de pandemia, donde ocurrió infección en humanos ampliamente diseminada, con transmisión a nivel comunitario en al menos otro país en una región diferente de la OMS, además de los criterios definidos en la Fase 5. La designación de esta fase indicaba que una pandemia mundial estaba en marcha [20]. Para la pandemia de influenza de 2009, las fases se planteaban como una herramienta de planificación, basada en fenómenos verificables, declarada de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005), correspondiendo a la evaluación del riesgo de pandemia. Las fases buscaban identificar la transmisión sostenida de persona a persona como un evento clave; distinguir mejor entre tiempo de preparación y respuesta; y finalmente, incluir los períodos posteriores al pico y post pandemia para las actividades de recuperación [21].

La OMS ha definido cuatro escenarios de transmisión para COVID-19: 1. Países sin casos (sin casos); 2. Países con 1 o más casos, importados o detectados localmente (casos esporádicos); 3. Países que

experimentan agrupaciones de casos en el tiempo, ubicación geográfica y/o exposición común (agrupaciones de casos); 4. Países que experimentan brotes más grandes de transmisión local (transmisión comunitaria) [22, 23]. Todos los países de América Latina están en este escenario actualmente.

En muchos países se han definido también diferentes fases: 1-preparación, 2-contención, 3-contagio comunitario (con mitigación), y 4-transmisión sostenida. Todos los países de la región se encuentran en la fase 4.

Fase 1: Preparación. Es la etapa en que ante el conocimiento de la enfermedad y tras la declaratoria en otros países, y comienza la preparación para el probable arribo de casos importados del coronavirus. Fase 2: Contención. Consiste en identificar a aquellas personas que presenten la infección por SARS-CoV-2 importada desde el extranjero y lograr una contención adecuada. Se aplican medidas de aislamiento y control para evitar transmisión. En esta se busca implementar medidas que eviten que el virus se propague a nivel domiciliario, comunitario, a nivel de espacios colectivos. Se promueven medidas básicas de higiene y evitar concentraciones. También se incluyen órdenes de restricción de ingreso de viajeros, y se restringen salidas a lugares públicos, promoviendo teletrabajo y teleeducación. Fase 3: Contagio comunitario. Fase 4: Transmisión sostenida. Sucede cuando se producen casos de transmisión comunitaria sostenida. En este caso, las autoridades sanitarias deben garantizar el manejo oportuno de la emergencia y asignar los recursos necesarios [22].

Muchos países han demostrado que la transmisión del SARS-CoV-2 de una persona a otra se puede disminuir o detener. Estas acciones han salvado vidas y han proporcionado el resto del mundo con más tiempo para prepararse para la llegada del COVID-19: ayudando a los sistemas de respuesta de emergencia a estar mejor organizados; aumentando la capacidad de detectar y atender a los pacientes; asegurando que los hospitales tengan el espacio, los suministros y el personal necesario; y a desarrollar intervenciones médicas. Cada país debe tomar urgentemente todas las medidas necesarias para frenar los contagios y evitar que sus sistemas de salud se saturen debido a pacientes gravemente enfermos con COVID-19 [22].

## 1.2. Justificación del consenso

La necesidad de una guía o consenso de atención integral para COVID-19 en América Latina se plantea dado el amplio impacto que ha tenido y seguirá teniendo esta enfermedad emergente, la cual además amerita

políticas de atención integral por parte de las autoridades de salud de la región, en el contexto de los modelos de atención actual en cada país. Ello exige múltiples esfuerzos tendientes a garantizar que haya equidad y sostenibilidad en la atención basada en evidencias para estos pacientes. Por lo tanto, no sólo requiere de la descripción del perfil epidemiológico de los pacientes y del conocimiento de las alternativas terapéuticas y de diagnóstico disponibles en el mercado, sino que implica un abordaje amplio y multidisciplinario de medidas costo-efectivas, oportunas, equitativas y sostenibles para todos los beneficiarios del sistema en salud a lo largo y ancho de la región.

Las guías de práctica clínica basadas en la evidencia proveen a todos los potenciales usuarios de las mismas (médicos, personal de salud, administradores hospitalarios y demás personal implicado en la atención integral), una línea general con evidencia evaluada y recomendaciones consensuadas por expertos tanto clínicos como metodológicos, con altos estándares de captura de la información. Genera líneas de base para que la atención tenga un sustento claro en la evaluación objetiva de las alternativas de manejo y, además, favorece los procesos formativos.

Este consenso pretende proveer herramientas en la construcción de una hoja de ruta para favorecer el diagnóstico oportuno de la infección por SARS-CoV-2/COVID-19 en la población general, así como en poblaciones especiales, abordar el manejo clínico de la infección y definir el tiempo oportuno de inicio de tratamiento y la mejor opción terapéutica para el paciente.

### 1.3. Actualización

Debido a que no existe acuerdo sobre cuál debe ser el tiempo que debe transcurrir para la actualización de un consenso de expertos, estos procesos deben ocurrir según sea requerido, teniendo en cuenta la generación de nueva evidencia que pueda modificar o implicar el desarrollo de nuevas recomendaciones. Este consenso no aborda necesariamente todos los aspectos de la atención integral del paciente con infección por virus SARS-CoV-2/COVID-19, por ello se sugiere realizar en la menor brevedad posible esfuerzos similares que permitan la generación de recomendaciones en los aspectos no cubiertos por este consenso, así como la actualización de estos. Más aún, muchos de las recomendaciones realizadas por el consenso están basadas en estudios que aún pueden ser preliminares, discuten aspectos que aún están en estudio, y por tal razón se debe evaluar

críticamente el contenido de esta a la luz de la evidencia científica cambiante sobre SARS-CoV-2/COVID-19.

Por este motivo, este consenso puede contener recomendaciones interinas en muchos aspectos. Los autores del presente consenso se han esforzado al máximo posible para que los planteamientos diagnósticos y sobretudo terapéuticos mencionados sean precisos y acordes con lo establecido en la fecha en la cual el consenso ha sido elaborado. Sin embargo, ante los cambios en las disciplinas científicas que se encargan de estudiar el contenido de la presente obra, ni los autores ni quienes respaldan o avalan el consenso pueden garantizar que la información contenida en este sea necesariamente precisa o completa, ni de los resultados que con dicha información se obtengan. Se recomienda extremadamente el consultar fuentes adicionales de información y datos, en particular sobre las drogas a usar en determinadas indicaciones terapéuticas relacionadas o no con las indicaciones mencionadas en el presente consenso, para tener certeza de que la información de esta edición es precisa y no se han introducido cambios en las dosis recomendadas o en las contraindicaciones para su administración, bien sea advertida o inadvertidamente. La presente nota tiene aún mayor relevancia para aquellas drogas o fármacos nuevos, de uso poco frecuente y o fármacos con nuevas indicaciones terapéuticas que actualmente se investigan como antivirales para SARS-CoV-2/COVID-19.

### Referencias

1. Dhama K, Khan S, Tiwari R, Sircar S, Bhat S, Malik YS, et al. Coronavirus Disease 2019-COVID-19. *Clin Microbiol Rev.* 2020;33.
2. Bonilla-Aldana DK, Villamil-Gómez WE, Rabaan AA, Rodríguez-Morales AJ. Una nueva zoonosis viral de preocupación global: COVID-19, enfermedad por coronavirus 2019. *Iatreia.* 2020;33:107-10.
3. Millan-Oñate J, Rodríguez-Morales AJ, Camacho-Moreno G, Mendoza-Ramírez H, Rodríguez-Sabogal IA, Álvarez-Moreno C. A new emerging zoonotic virus of concern: the 2019 novel Coronavirus (COVID-19). *Infectio* 2020;24:187-92.
4. Villamil-Gomez WE, Sanchez A, Gelis L, Silvera LA, Barbosa J, Otero-Nader O, et al. Fatal human coronavirus 229E (HCoV-229E) and RSV-Related pneumonia in an AIDS patient from Colombia. *Travel Med Infect Dis.* 2020:101573.
5. Bonilla-Aldana DK, Cardona-Trujillo MC, Garcia-Barco A, Holguin-Rivera Y, Cortes-Bonilla I, Bedoya-Arias HA, et al. MERS-CoV and SARS-CoV infections in animals: a systematic review and meta-analysis of prevalence studies. *Infez Med.* 2020;28:71-83.
6. Rabaan AA, Al-Ahmed SH, Haque S, Sah R, Tiwari R, Malik YS, et al. SARS-CoV-2, SARS-CoV, and MERS-COV: A comparative overview. *Infez Med.* 2020;28:174-84.
7. Biscayart C, Angeleri P, Lloveras S, Chaves T, Schlagenhauf P, Rodríguez-Morales AJ. The next big threat to global health? 2019 novel coronavirus (2019-nCoV): What advice can we give to travellers? - Interim recommendations January 2020, from the Latin-

American society for Travel Medicine (SLAMVI). Travel Med Infect Dis. 2020;33:101567.

8. Rodríguez-Morales AJ, MacGregor K, Kanagarajah S, Patel D, Schlagenhaut P. Going global - Travel and the 2019 novel coronavirus. Travel Med Infect Dis. 2020;33:101578.

9. Rodríguez-Morales AJ, Gallego V, Escalera-Antezana JP, Mendez CA, Zambrano LI, Franco-Paredes C, et al. COVID-19 in Latin America: The implications of the first confirmed case in Brazil. Travel Med Infect Dis. 2020:101613.

10. Rodríguez-Morales AJ, Sánchez-Duque JA, Hernández-Botero S, Pérez-Díaz CE, Villamil-Gómez WE, Méndez CA, et al. Preparación y control de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en América Latina. Acta Medica Peruana. 2020;37:3-7.

11. Cimerman S, Chebabo A, Cunha CAD, Rodríguez-Morales AJ. Deep impact of COVID-19 in the healthcare of Latin America: the case of Brazil. The Brazilian Journal of Infectious Diseases. 2020.

12. Rodríguez-Morales AJ, Balbin-Ramon GJ, Rabaan AA, Sah R, Dhama K, Paniz-Mondolfi A, et al. Genomic Epidemiology and its importance in the study of the COVID-19 pandemic. Infez Med. 2020;28:139-42.

13. Rodríguez-Morales AJ, Bonilla-Aldana DK, Balbin-Ramon GJ, Paniz-Mondolfi A, Rabaan A, Sah R, et al. History is repeating itself, a probable zoonotic spillover as a cause of an epidemic: the case of 2019 novel Coronavirus. Infez Med. 2020;28:3-5.

14. Bastola A, Sah R, Rodríguez-Morales AJ, Lal BK, Jha R, Ojha HC, et al. The first 2019 novel coronavirus case in Nepal. Lancet Infect Dis. 2020;20:279-80.

15. Rodríguez-Morales AJ, Cardona-Ospina JA, Gutierrez-Ocampo E, Villamizar-Pena R, Holguin-Rivera Y, Escalera-Antezana JP, et al. Clinical, laboratory and imaging features of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. Travel Med Infect Dis. 2020;34:101623.

16. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. N Engl J Med. 2020;382:1199-207.

17. Pecho-Silva S, Arteaga-Livias K, Rodríguez-Morales AJ. Airborne SARS-CoV-2: Weighing the Evidence for Its Role in Community Transmission. J Prev Med Public Health. 2020;53:178-79.

18. Dhama K, Patel SK, Sharun K, Pathak M, Tiwari R, Yattoo MI, et al. SARS-CoV-2 jumping the species barrier: Zoonotic lessons from SARS, MERS and recent advances to combat this pandemic virus. Travel Medicine and Infectious Disease. 2020;37:101830.

19. Gutiérrez AB, Rodríguez-Morales AJ, Narváez Mejía AJ, García Peña AA, Giraldo Montoya AM, Cortes Muñoz AJ, et al. Colombian consensus recommendations for diagnosis, management and treatment of the infection by SARS-COV-2/ COVID-19 in health care facilities - Recommendations from expert's group based and informed on evidence. Infectio. 2020;24:1-102.

20. WHO. Current WHO phase of pandemic alert for Pandemic (H1N1) 2009. <https://www.who.int/csr/disease/swineflu/phase/en/>. 2009.

21. WHO. Pandemic Influenza Preparedness and Response: A WHO Guidance Document. Geneva: World Health Organization. 2009.

22. WHO. Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/critical-preparedness-readiness-and-response-actions-for-covid-19>. 2020.

23. Parodi SM, Liu VX. From Containment to Mitigation of COVID-19 in the US. JAMA. 2020.

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

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

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

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

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