



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL - DIRECCION GENERAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD

## Ficha de notificación de caso sospechoso de Síndrome Inflamatorio Multisistémico asociado a COVID 19 en pediatría (SIMP)

### Definición de caso:

**Caso sospechoso:** Niños y adolescentes de 0 a 19 años con fiebre graduada (más de 37.5°C axilar o 38°C rectal), cuya duración sea mayor o igual a 3 días asociado a dos o más de los siguientes:

- a) Manifestaciones mucocutáneas: Rash, conjuntivitis bilateral no purulenta o signos de inflamación mucocutánea (oral, manos o pies).
- b) Manifestaciones cardiovasculares: Hipotensión o shock, Características de disfunción miocárdica, pericarditis, valvulitis o anomalías coronarias (incluyendo hallazgos de Ecocardiografía o elevación de Troponina y de péptido natriurético, pro-BNP).
- c) Manifestaciones hematológicas: Evidencia de coagulopatía (a partir del TP, TPT, o de valores del Dímero D elevados).
- d) Manifestaciones gastrointestinales: diarrea, vómitos o dolor abdominal.

Y aumento de marcadores inflamatorios (VSG, PCR y/o Procalcitonina) Y en los que no exista evidencia de una causa microbiana evidente de inflamación como la sepsis bacteriana o los síndromes de choque tóxico estreptocócico o estafilocócico.

**Caso Probable:** caso sospechoso que provenga de zonas donde existe circulación viral comunitaria intensa, sin laboratorio específico para COVID-19.

**Caso confirmado:** caso sospechoso más Evidencia de COVID-19 o contacto estrecho con personas con evidencia de COVID-19 (RCP-TR, prueba de antígeno o serología positiva) en las últimas 4 semanas.

**Presentación clínica similar a:** Síndrome de Kawasaki  Choque Tóxico  Mixto  Otros  Especificar \_\_\_\_\_

### 1.- DATOS DEL NOTIFICANTE

Responsable de la Notificación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Establecimiento: \_\_\_\_\_ Región Sanitaria: \_\_\_\_\_

Fecha de Notificación (días/mes/año): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 2.- DATOS DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Etnia(especificar) \_\_\_\_\_

Documento de Identidad N.º: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (días/mes/año): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: M F

Teléfono: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Barrio: \_\_\_\_\_ Dirección actual: \_\_\_\_\_

### 3.- DATOS CLINICOS

Fecha de inicio de síntomas (día/mes/año): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Primera consulta (día/mes/año): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de Internación ..... / ..... / ..... Lugar de internación \_\_\_\_\_

Terapia Intensiva: SI  NO  Fecha internación UTI ..... / ..... / ..... Duración de la fiebre: \_\_\_\_\_ días

DIAGNÓSTICO DE INGRESO:							
M. MUCOCUTANEAS	SI	NO	Desconoce	M. GASTROINTESTINALES	SI	NO	Desconoce
Exantema/Rash				Dolor abdominal			
Conjuntivitis bilateral No purulenta				Distensión abdominal			
Inflamación de mucosa bucal				Diarrea			
Inflamación de manos o pies				Vómitos			
Mialgias/artralgias				Signos de Deshidratación			
Edema articular				Alter. Hepáticas			
Úlceras cutáneas				<b>M. NEUROLOGICAS</b>			
<b>M. CARDIOVASCULARES</b>				Cansancio			
Taquicardia				Cefalea			
Llenado capilar mayor a 2 seg.				Rigidez de nuca			
Piel pálida o moteada				Irritabilidad marcada			
Diuresis menor a 2ml/kp/h				Hipotonía/debilidad			
Manos y/o pies fríos				Convulsiones			
<b>M. RESPIRATORIAS</b>				Parálisis			
Tos				Fotofobia			
Dolor de garganta				Hiposmia/anosmia			
Rinorrea				Hipogeusia/ageusia			
Sibilancias				<b>M. HEMATOLOGICAS</b>			
Taquipnea				Hemorragias			
Aumento del trabajo respiratorio				Hepatomegalia			
Dolor torácico				Esplenomegalia			
				Adenomegalias			

Otros signos y síntomas (especifique).....

Hoja 2

Nombres y Apellidos del paciente: \_\_\_\_\_

**4. ANTECEDENTES CLINICO/EPIDEMIOLOGICOS.**

	SI	NO	Desconoce
Infecciones respiratorias en las últimas 4 semanas			
Infección por COVID-19 en las últimas 4 semanas			
Contacto estrecho con algún caso confirmado de COVID-19 en las últimas 4 semanas			
Procede de Zona con alta transmisión comunitaria.			
Comorbilidades (especifique)			

**5. DATOS LABORATORIALES GENERALES.** (Escribir los datos de laboratorios tomados en el momento de la sospecha clínica)

D. HEMATOLOGICOS	VALOR	FECHA	OTROS DATOS	VALOR	FECHA	D. COAGULOPATIA	VALOR	FECHA
Hemoglobina			Urea			TP		
Hematocrito			Creatinina			TTPa		
Leucocitos totales			GPT			INR		
Neutrófilos			GOT			Fibrinógeno		
Linfocitos			Gamma GT			Dímero D		
Plaquetas			Bilirrubina Total			<b>D. ACT. MACROFAGICA</b>		
<b>D. INFLAMACION</b>			B. directa			Ferritina		
VSG			LDH			IL-6		
PCR			Albúmina			Lactato		
Procalcitonina			Triglicéridos			<b>OTROS DATOS</b>		
			Glicemia			Pro-BNP		
			Sodio			CK		
			Potasio			CK-Mb		
						Troponina I		
<b>OTROS</b>								

**5.1 DATOS LABORATORIALES ESPECIFICOS PARA COVID-19**

Tipo de Muestra	Fecha de Toma de muestra	Resultado	Laboratorio donde se procesó
Hisopado nasal/faríngeo (PCR)			
Lavado Broncoalveolar (PCR)			
Aspirado traqueal (PCR)			
Serología IgM			
Serología IgG			
Antigenemia			

SINDROME INFLAMATORIO MULTISISTEMICO ASOCIADO A COVID 19:

CONFIRMADO

PROBABLE

DESCARTADO

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_