# Formulario de registro de casos de síndrome inflamatorio multisistémico (SIM)

en niños y adolescentes que coincide cronológicamente con la COVID-19

**Definición de caso preliminar**

Niños y adolescentes de 0-19 años con fiebre cuantificada por un período mayor o igual a 3 días

***Y al menos* dos** de los signos siguientes:

1. Exantema, conjuntivitis bilateral no purulenta o inflamación mucocutánea (boca, manos o pies)
2. Hipotensión arterial o estado de shock
3. Manifestaciones de disfunción miocárdica, pericarditis, valvulitis o anomalías coronarias (datos ecocardiográficos o elevación de troponina o NT-proBNP)
4. Signos de coagulopatía (TP o TPT anormales, dímero *d* elevado)
5. Afectación gastrointestinal (vómitos, diarrea o dolor abdominal)

***Y***

Elevación de marcadores de la inflamación tales como la VES, la proteína C reactiva o la procalcitonina

***Y***

Sin otras etiologías que expliquen el origen del caso

***Y***

Evidencia de infección COVID-19 (RPC, serología, nexo epidemiológico con caso confirmado)

## MÓDULO 1. Llene este módulo para todos los niños de 0-19 años con síndrome inflamatorio multisistémico.

## Notifique en el momento en que se sospeche el trastorno en la plataforma EPIVIGILA en formulario CORONAVIRUS COVID-19 las variables que se especifican a continuación y reporte el caso al correo [sim.covid@minsal.cl](mailto:sim.covid@minsal.cl)

### Información del establecimiento que notifica

### Servicio de Salud:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Establecimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Fecha de notificación: Día\_\_\_\_\_\_\_\_Mes\_\_\_\_\_\_\_\_Año\_\_\_\_\_\_

### Profesional que notifica:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Correo electrónico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1a. DATOS PERSONALES** *(Llénese a la primera sospecha de SIM)*

**Sexo al nacer** ☐Masculino ☐Femenino ☐No se especifica. **Fecha de nacimiento** [\_D\_][\_D\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_A\_][\_A\_][\_A\_][\_A\_] Si no se conoce la fecha de nacimiento, anote la **Edad** [ ][ ][ ]años O BIEN [\_ ][ \_]meses

**Grupo étnico** (declarado por la familia) (confeccione con antelación una lista de los principales grupos étnicos de la población y elija el que corresponda)

|  |
| --- |
| **1b. FECHA DE INICIO DEL PADECIMIENTO ACTUAL Y SIGNOS VITALES** *(Llénese a la primera sospecha de SIM)* |
| **Fecha de inicio del primer signo o síntoma** [\_D\_][\_D\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_A\_][\_A\_]  **Fecha de inicio de la fiebre** [\_D\_][\_D\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_A\_][\_A\_] **Temperatura** [\_ ][ ] [\_ ]°C **Frecuencia cardiaca** [ ][ ][\_ ] latidos/min **Frecuencia respiratoria** [\_ ][ ]respiraciones/min  **Presión arterial** [\_ ] [\_ ] [\_ ](sistólica) [ ][\_ ][\_ ](diastólica) mmHg  **Saturación de oxígeno** [ ][ ][ ]% Con aire ambiente Con oxigenoterapia Se desconoce |
| **1c. POSIBLES SIGNOS Y SÍNTOMAS DE SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO** (*Llénese a la primera sospecha de SIM*)  Fiebre (cuantificada por personal sanitario o por un familiar) Sí No Se desconoce Duración de la fiebre \_ días  Exantema Sí No Se desconoce Si la respuesta es Sí, indique el tipo de exantema Conjuntivitis bilateral Sí, purulenta Sí, no purulenta No Se desconoce Inflamación de la mucosa bucal Sí No Se desconoce  Inflamación cutánea periférica (en manos o pies) Sí No Se desconoce Hipotensión (acorde con la edad) Sí No Se desconoce  Taquicardia (acorde con la edad) Sí No Se desconoce Prolongación del tiempo de llenado capilar Sí No Se desconoce Piel pálida o moteada Sí No Se desconoce  Manos o pies fríos Sí No Se desconoce  Diuresis < 2mL/kg/hr Sí No Se desconoce  Dolor torácico Sí No Se desconoce  Taquipnea (acorde con la edad) Sí No Se desconoce  Disnea Sí No Se desconoce  Dolor abdominal Sí No Se desconoce  Diarrea Sí No Se desconoce  Vómitos Sí No Se desconoce |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1d. OTROS SIGNOS Y SÍNTOMAS** (*Llénese a la primera sospecha de SIM*)  Tos Sí No Se desconoce Astenia/malestar general Sí No Se desconoce  Odinofagia Sí No Se desconoce Convulsiones Sí No Se desconoce Rinorrea Sí No Se desconoce Cefalea Sí No Se desconoce Sibilancias Sí No Se desconoce Hipotonía/debilidad Sí No Se desconoce Edema articular Sí No Se desconoce Parálisis Sí No Se desconoce Linfadenomegalias cervicales Sí No Se desconoce Irritabilidad Sí No Se desconoce Artralgias Sí No Se desconoce Fotofobia Sí No Se desconoce Mialgias Sí No Se desconoce Hiposmia/anosmia Sí No Se desconoce Úlceras cutáneas Sí No Se desconoce Hipogeusia Sí No Se desconoce Rigidez de nuca Sí No Se desconoce | | | |
| **1e. ANTECEDENTES RECIENTES**  **¿Antecedentes de infección por el virus de la COVID-19 en las 4 semanas previas a la enfermedad actual?**   * Sí, confirmada por laboratorio Sí, diagnosticada clínicamente No Se desconoce   **¿Antecedentes de infecciones respiratorias en las 4 semanas previas a la enfermedad actual?**   * Sí No Se desconoce   **¿En las 4 semanas anteriores se confirmó el diagnóstico de COVID-19 a algún miembro de la familia del paciente (u otra persona cercana)?**   * Sí No Se desconoce | | | |
| **1f. ENFERMEDADES CONCOMITANTES, ANTECEDENTES PERSONALES** *(Llénese a la primera sospecha de SIM.)* | | | |
| Trastorno inflamatorio o reumático. Si la respuesta es *Sí*, especifique: | * Sí No Se desconoce | Asplenia | * Sí No Se desconoce |
| Hipertensión arterial (acorde con la edad) | * Sí No Se desconoce | Inmunodepresión congénita o adquirida. Si la respuesta es *Sí*, especifique: | * Sí No Se desconoce |
| Otra cardiopatía crónica. Si la respuesta es *Sí*, especifique: | * Sí No Se desconoce | Nefropatía crónica | * Sí No Se desconoce |
| Asma | * Sí No Se desconoce | Hepatopatía crónica | * Sí No Se desconoce |
| Tuberculosis | * Sí No Se desconoce | Trastorno neurológico crónico | * Sí No Se desconoce |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Otra neumopatía crónica. Si la respuesta es *Sí*, especifique: | * Sí | * No | * Se desconoce | Enfermedades hematológicas Sí No Se desconoce  Infección con VIH Sí (con TAR) Sí (sin TAR)   * No Se desconoce | |
| Diabetes sacarina | * Sí, de tipo 1 Sí, de tipo 2 * No Se desconoce | | | ¿Otra? Si la respuesta es *Sí*, especifique | |
| Neoplasia maligna | * Sí | * No | * Se desconoce |  |  |

|  |
| --- |
| **1g. TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO ANTERIOR AL INGRESO O CRÓNICO**  **¿Recibió el paciente alguno de los medicamentos siguientes en los 14 días anteriores al ingreso?** *(Llénese a la primera sospecha de SIM):* |
| ¿Antinflamatorios no esteroideos (AINE)? Sí No Se desconoce Si la respuesta es *Sí*, especifique el nombre:  Vía: Oral o rectal Parenteral (IM o IV) Se desconoce  ¿Corticoesteroides? Sí No Se desconoce  Si la respuesta es *Sí*, especifique el nombre:  Vía: Oral o rectal Parenteral (IM o IV) Inhalado Tópico Se desconoce  ¿Antibióticos? Sí No Se desconoce  Si la respuesta es *Sí*, especifique el nombre: Vía: Oral o rectal Parenteral (IM o IV) Se desconoce  ¿Otro medicamento? Sí No Se desconoce  Si la respuesta es *Sí*, especifique el nombre:  Vía: Oral o rectal Parenteral (IM o IV) Inhalado Tópico Se desconoce  Si la respuesta es *Sí*, especifique el nombre:  Vía: Oral o rectal Parenteral (IM o IV) Inhalado Tópico Se desconoce  Si la respuesta es *Sí*, especifique el nombre:  Vía: Oral o rectal Parenteral (IM o IV) Inhalado Tópico Se desconoce |

# MÓDULO 2. Llene y presente este módulo cuando el paciente reciba el alta o muera

|  |
| --- |
| **2a. RESUMEN DE LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL PADECIMIENTO ACTUAL**  *(incluya todos los signos reconocidos entre el ingreso y el alta o la muerte)* |
| Fiebre Sí No Se desconoce  Temperatura máxima durante la estancia hospitalaria \_ (ºC) (Si no procede, escriba “NA”) Duración de la fiebre durante la estancia hospitalaria días (Si no procede, escriba “NA”)  Exantema Sí No Se desconoce  Si la respuesta es *Sí*, indique el tipo de exantema  Conjuntivitis bilateral Sí, purulenta Sí, no purulenta No Se desconoce  Inflamación de la mucosa bucal Sí No Se desconoce Inflamación cutánea periférica (en manos o pies) Sí No Se desconoce  Hipotensión (acorde con la edad) Sí No Se desconoce Taquicardia (acorde con la edad) Sí No Se desconoce Prolongación del tiempo de llenado capilar Sí No Se desconoce Piel pálida o moteada Sí No Se desconoce  Manos o pies fríos Sí No Se desconoce  Diuresis < 2 ml/kg/h Sí No Se desconoce  Dolor torácico Sí No Se desconoce  Taquipnea (acorde con la edad) Sí No Se desconoce  Disnea Sí No Se desconoce  Dolor abdominal Sí No Se desconoce  Diarrea Sí No Se desconoce  Vómitos Sí No Se desconoce  Otro, especifique: |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2b. RESULTADOS DE LABORATORIO** *(Anote el resultado más anómalo registrado durante la hospitalización y hasta el momento del alta o la muerte.)* (*\*Anote las unidades si son distintas de las indicadas.)* | | | | | | |
| **Parámetro** | | **Valor más anómalo (y fecha)\*** | **No se hizo** | **Parámetro** | **Valor más anómalo (y fecha)\*** | **No se hizo** |
| **Marcadores de inflamación o coagulopatía** | | | | **Marcadores de disfunción orgánica** | | |
| Recuento de plaquetas | |  |  | Creatinina (μmol/l) |  |  |
| Leucocitos totales (x109/l) | |  |  | Sodio (mmol/l) |  |  |
| Hematócrito (%) | |  |  | Potasio (mEq/l) |  |  |
| APTT o APTR | |  |  | Urea (NUS) (mmol/l) |  |  |
| TP (segundos) | |  |  | Glucosa (mmol/l) |  |  |
| Troponina (ng/ml) | |  |  | Ferritina (ng/ml) |  |  |
| Pro-BNP (pg/ml) | |  |  | VES (mm/h) |  |  |
| Dímero d (mg/l) | |  |  | Creatinacinasa (U/l) |  |  |
| Proteína C reactiva(mg/l) | |  |  | LDH (U/l) |  |  |
| Interleucina-6(IL-6) | |  |  | Albúmina (g/dl) |  |  |
| Procalcitonina (ng/ml) | |  |  |  |  |  |
| **2c. IMAGINOLOGÍA Y PRUEBAS MICROBIOLÓGICAS** *(Anote los resultados más anómalos registrados desde el ingreso hasta el alta o la muerte)* | | | | | |
| **Pruebas de SARS-CoV-2**  RCP-RT ☐Positiva ☐Negativa ☐No se hizo Sitio de obtención de la muestra Prueba rápida de antígenos ☐Positiva ☐Negativa ☐No se hizo Sitio de obtención de la muestra Prueba rápida de anticuerpos ☐Positiva ☐Negativa ☐No se hizo  ELISA ☐Positiva ☐Negativa ☐No se hizo Si se hizo, títulos Prueba de neutralización ☐Positiva ☐Negativa ☐No se hizo Si se hizo, títulos  ¿Otra prueba? Especifique Resultados  **Si no se realizaron pruebas para determinar la presencia de agentes patógenos: ¿Se hizo diagnóstico clínico de COVID-19?**  Sí ☐No ☐ Se desconoce | | | | | |
| **2e. TRATAMIENTO DE SOSTÉN. *¿En algún momento de la hospitalización se sometió al paciente a alguna de las medidas siguientes?***  **¿Ingreso en la UCI u otra unidad semejante?** Sí No Se desconoce Si la respuesta es *Sí*, número de días en la UCI  **¿Oxigenoterapia?** Sí No  Se desconoce  **¿Ventilación no invasiva?** (por ejemplo, BiPAP/CPAP) Sí No Se desconoce  **¿(Alguna) ventilación invasiva?** Sí No  Se desconoce  **¿Inotrópicos o vasopresores?** Sí No Se desconoce  Si la respuesta es *Sí*, especifique el nombre:  **¿Oxigenación por membrana extracorporal (ECMO)?** Sí No  Se desconoce Si la respuesta es *Sí*, indique la duración total: días  **2f. DESENLACE** *(Llénese en el momento del alta o la muerte.)* | | | | | |
| **Desenlace:** ☐Vivo al recibir el alta ☐Hospitalizado ☐Traslado a otro establecimiento ☐Muerte  ☐Se desconoce  **Fecha del desenlace** [\_D\_][\_D\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_A\_][\_A\_] ☐Se desconoce | | | | | |