



Subsecretaría de Salud Pública
 División de Planificación Sanitaria
 Departamento de Epidemiología
 ETS/JAA/CSI/JAR/RAE/SAF



3514

Ord. B51 N°/ /

Mat.: Vigilancia de Síndrome Inflamatorio Multisistémico Pediátrico en contexto de pandemia SARS-CoV-2

Santiago, 27 AGO 2020

De : Subsecretaría de Salud Pública
 Subsecretario de Redes Asistenciales

A : Secretarios Regionales Ministeriales
 Directores de Servicios de Salud

En el contexto de la pandemia COVID-19, la Organización Mundial de la Salud ha dado la alerta del Síndrome Inflamatorio Multisistémico (SIM-COVID-19) en población menor de 20 años con historia de exposición a SARS-CoV-2 y cuadros clínicos de gravedad, emergiendo como un nuevo síndrome a evaluar.

Por lo anterior y dado la importancia de describir la magnitud de este síndrome en Chile, se instruye a todos los médicos cirujanos que diagnostiquen Síndrome Inflamatorio Multisistémico (SIM-COVID-19) en población de 0 a 19 años, así como también los casos retrospectivos diagnosticados, a comunicar de manera inmediata al Ministerio de salud a través del correo sim.covid@minsal.cl y la notificación del caso en la plataforma oficial EPIVIGILA. En dicho correo deberá reportar:

- Folio EPIVIGILA del caso.
- Fecha de hospitalización por SIM-COVID-19
- Criterios diagnóstico para la definición del caso SIM-COVID-19.

Los conceptos generales y definición de caso para la notificación de caso SIM-COVID-19 se adjuntan en anexo de este ordinario.

Solicitamos a usted, dar la más amplia difusión a este documento tanto en los establecimientos de salud públicos como privados.



Dra. Paula Daza-Narbona
 Subsecretaria de Salud Pública



Arturo Zúñiga Jory
 Subsecretario de Redes Asistenciales

Distribución

- Secretarías Regionales Ministeriales
- Subsecretaría de Redes Asistenciales
- Servicios de Salud
- División Planificación Sanitaria
- Departamento de Epidemiología
- Departamento de Estadísticas e Información de Salud
- Superintendencia de Salud
- Colegio Médico de Chile
- Clínicas de Chile A.G.
- Oficina de Partes

ANEXO

Vigilancia de Síndrome Inflamatorio Multisistémico Pediátrico asociado a COVID-19 SIM-COVID-19

Antecedentes

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró pandemia el 11 de marzo del 2020 por coronavirus SARS-CoV-2, denominando la enfermedad por este agente COVID-19. El 3 de marzo se notificó el primer caso en Chile, y desde entonces un porcentaje menor de población infantil ha sido afectada(1).

En abril de este año países europeos reportaron una entidad inflamatoria multisistémica grave post infecciosa en la población pediátrica, que se relacionaría con infección por COVID-19(2). Se describe que este síndrome aparece 4 a 6 semanas posterior a la infección por SARS-CoV-2 en población infantil y adolescente caracterizado por fiebre, clínica gastrointestinal como diarrea, vómito o dolor abdominal, shock y hasta alteraciones coronarias, hipercoagulabilidad y parámetros de laboratorio de rango inflamatorio severo(3,4).

Chile ha reportado casos de este síndrome (5), y dada su gravedad, se requiere medir la magnitud de la enfermedad y caracterizar la población afectada a través de la vigilancia epidemiológica para establecer las acciones orientadas al grupo de población afectada.

Conceptos generales(6)

- El síndrome inflamatorio multisistémico puede presentarse durante la infección aguda o como complicación post infecciosa asociada a infección por SARS-CoV-2
- Es primordial el diagnóstico precoz, derivación oportuna y manejo multidisciplinario en centros de alta complejidad.
- Este documento está elaborado en base a recomendaciones de expertos, por lo que puede sufrir variaciones en la medida que exista mayor cantidad de evidencia.

Vigilancia epidemiológica

Para efectos operacionales se utilizará la definición de la Organización Mundial de la Salud:

a. Definición de caso

- A. Persona de 0 a 19 años.

- B. Persona presenta fiebre¹ mayor o igual a 3 días de evolución con DOS de los siguientes criterios:
 - B.1. Exantema o conjuntivitis bilateral no supurativa y/o afectación mucocutánea
 - B.2. Hipotensión o shock
 - B.3. Disfunción miocárdica y/o elevación de parámetros de daño miocárdico (troponinas y/o Pro BNP o péptido natriurético tipo B)
 - B.4. Coagulopatía (alteración TP, TTPA, elevación DD (2 x >1.000 ng/ml)
 - B.5. Afectación Gastrointestinal (vómitos, diarrea o dolor abdominal)
- Y
- C. Elevación de Proteína C Reactiva (PCR) (>50 mg/L) y/o Procalcitonina >1ng/dl, o Velocidad de Sedimentación
- Y
- D. Sin otras etiologías que expliquen el origen del caso
- Y
- E. Evidencia de infección COVID-19 (RPC, serología, nexa epidemiológico con caso confirmado)

Todo caso identificado como SIM de acuerdo a la definición de caso establecida, debe notificarse en la plataforma EPIVIGILA como caso sospechoso o probable de COVID-19. Además deberá informar a través de correo electrónico sim.covid@minsal.cl el **folio de notificación**, y **fecha de hospitalización por SIM-COVID-19**, de acuerdo a las variables definidas en el **Formulario de registro de casos de síndrome inflamatorio multisistémico (SIM) en niños y adolescentes**, Módulo 1, que se adjunta a este anexo.

Al momento del alta se deberá reportar el Módulo 2 del **Formulario de registro de casos de síndrome inflamatorio multisistémico (SIM) en niños y adolescentes** y enviarlo al correo sim.covid@minsal.cl.

Flujograma notificación caso SIM



¹ Se define fiebre de acuerdo a definición de caso para notificación de COVID-19 según Ord. B51 N°276 del 30 de enero 2020 y Ord. B51 N°656 del 2 de Marzo 2020 del Ministerio de Salud de Chile.

Referencias

1. Departamento de Epidemiología, Ministerio de salud de Chile. Informe epidemiológico N°29 Enfermedad por SAR-CoV-2(COVID-19) [Internet]. 2020 [citado 2 de julio de 2020]. Disponible en: https://cdn.digital.gob.cl/public_files/Campa%C3%B1as/Corona-Virus/Reportes/Informe_EPI_280620.pdf
2. Verdoni Lucio, Mazza Angelo, Gervasoni Annalisa, Martelli Laura, Ruggeri Maurizio, Matteo Ciuffreda, et al. An outbreak of severe Kawasaki-like disease at the Italian epicentre of the SARS-CoV-2 epidemic: an observational cohort study. Lancet Infect Disease [Internet]. 13 de mayo de 2020 [citado 2 de julio de 2020]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7220177/pdf/main.pdf>
3. World Health Organization. Multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents with COVID-19 [Internet]. 2020 [citado 2 de julio de 2020]. Disponible en: file:///C:/Users/sylvinaalvarado/Downloads/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Multisystem_Syndrome_Children-2020.1-eng.pdf
4. Royal College of Paediatrics and Child Health. Guidance: Paediatric multisystem inflammatory syndrome temporally associated with COVID-19 [Internet]. [citado 2 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.rcpch.ac.uk/key-topics/covid-19>
5. Yagman F, Izquierdo G, Piñera C, Leiva I, Rojas J, Payá E, et al. Síndrome Inflamatorio Multisistémico Pediátrico asociado a COVID-19. Reporte preliminar de 6 casos en una Unidad de paciente Crítico. [Internet]. Sociedad Chilena de Pediatría; [citado 2 de julio de 2020]. Disponible en: <https://sochipe.cl/v3/post.php?id=4371>
6. Cofré Fernanda, Izquierdo Giannina, Tapia Lorena, Poli Cecilia, Delpiano Luis, Conca Natalia. Recomendaciones para la sospecha diagnóstica y manejo inicial del Síndrome Inflamatorio Multisistémico (SIM-COVID-19) en contexto pandemia SARS-CoV-2 [Internet]. Sociedad Chilena de Infectología; 2020 [citado 2 de julio de 2020]. Disponible en: http://www.sochinf.cl/portal/templates/sochinf2008/documentos/2020/Recomendaciones_Sindrome_Inflamatorio_Multisistemico_SARS-CoV-2.pdf

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:

- a) Exantema, conjuntivitis bilateral no purulenta o inflamación mucocutánea (boca, manos o pies)
- b) Hipotensión arterial o estado de shock
- c) Manifestaciones de disfunción miocárdica, pericarditis, valvulitis o anomalías coronarias (datos ecocardiográficos o elevación de troponina o NT-proBNP)
- d) Signos de coagulopatía (TP o TPT anormales, dímero *d* elevado)
- e) 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 las variables que se especifican a continuación y reporte el caso al correo 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

Ómitos Sí No Se desconoce

1d. OTROS SIGNOS Y SÍNTOMAS (Llénese a la primera sospecha de SIM)

| | | | |
|------------------------------|---|--------------------------|---|
| Tos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce | Astenia/malestar general | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce |
| Odinofagia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce | Convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce |
| Rinorrea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce | Cefalea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce |
| Sibilancias | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce | Hipotonía/debilidad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce |
| Edema articular | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce | Parálisis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce |
| Linfadenomegalias cervicales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce | Irritabilidad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce |
| Artralgias | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce | Fotofobia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce |
| Mialgias | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce | Hiposmia/anosmia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce |
| Úlceras cutáneas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce | Hipogeusia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce |
| Rigidez de nuca | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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: _____ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce | Asplenia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce |
| Hipertensión arterial (acorde con la edad) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce | Inmunodepresión congénita o adquirida. Si la respuesta es Sí, especifique: _____ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce |
| Otra cardiopatía crónica. Si la respuesta es Sí, especifique: _____ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce | Nefropatía crónica | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce |
| asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce | Hepatopatía crónica | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce |
| Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce | Trastorno neurológico crónico | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce |

| | | |
|--|--|---|
| Otra neumopatía crónica. Si la respuesta es <i>Sí</i> , especifique: _____ | <input type="checkbox"/> <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i> <input type="checkbox"/> <i>Se desconoce</i> | Enfermedades hematológicas <input type="checkbox"/> <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i> <input type="checkbox"/> <i>Se desconoce</i> Infección con VIH <input type="checkbox"/> <i>Sí</i> (con TAR) <input type="checkbox"/> <i>Sí</i> (sin TAR) <input type="checkbox"/> <i>No</i> <input type="checkbox"/> <i>Se desconoce</i> |
| Diabetes sacarina | <input type="checkbox"/> <i>Sí</i> , de tipo 1 <input type="checkbox"/> <i>Sí</i> , de tipo 2 <input type="checkbox"/> <i>No</i> <input type="checkbox"/> <i>Se desconoce</i> | ¿Otra? Si la respuesta es <i>Sí</i> , especifique _____ |
| Neoplasia maligna | <input type="checkbox"/> <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i> <input type="checkbox"/> <i>Se desconoce</i> | |

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. Llène 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 __ (°C) (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 | | <input type="checkbox"/> | Creatinina (µmol/l) | | <input type="checkbox"/> |
| Leucocitos totales (x10 ⁹ /l) | | <input type="checkbox"/> | Sodio (mmol/l) | | <input type="checkbox"/> |
| Hematócrito (%) | | <input type="checkbox"/> | Potasio (mEq/l) | | <input type="checkbox"/> |
| APTT o APTR | | <input type="checkbox"/> | Urea (NUS) (mmol/l) | | <input type="checkbox"/> |
| (segundos) | | <input type="checkbox"/> | Glucosa (mmol/l) | | <input type="checkbox"/> |
| Troponina (ng/ml) | | <input type="checkbox"/> | Ferritina (ng/ml) | | <input type="checkbox"/> |
| Pro-BNP (pg/ml) | | <input type="checkbox"/> | VES (mm/h) | | <input type="checkbox"/> |
| Dímero d (mg/l) | | <input type="checkbox"/> | Creatinacinasas (U/l) | | <input type="checkbox"/> |
| Proteína C reactiva(mg/l) | | <input type="checkbox"/> | LDH (U/l) | | <input type="checkbox"/> |
| Interleucina-6(IL-6) | | <input type="checkbox"/> | Albúmina (g/dl) | | <input type="checkbox"/> |
| Procalcitonina (ng/ml) | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> |

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 _____
¿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
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
desconoce Si la respuesta es Sí, especifique el nombre: _____
¿Oxigenación por membrana extracorporal (ECMO)? Sí No Se desconoce
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