



Gobierno de Chile

27

MINISTERIO DE SALUD  
DEPTO. EPIDEMIOLOGÍA



MMR/CGG/IIA/SAF

1479

Ord. B51 N° \_\_\_\_\_/

**Ant.:** Ord.B51 N° 3514 sobre Vigilancia de Síndrome Inflamatorio Multisistémico Pediátrico en contexto de pandemia SARS-CoV-2

**Mat.:** Refuerzo de vigilancia de Síndrome Inflamatorio Multisistémico en contexto de infección por SARS-CoV-2 y medidas de autocuidado en niños, niñas y adolescentes.

Santiago, 25 MAR 2022

**De :** Subsecretario de Salud Pública

**A :** Secretarías Regionales Ministeriales de Salud

En el contexto de la pandemia COVID-19, la Organización Mundial de la Salud dio 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 una nueva entidad nosológica a evaluar. El cuadro clínico puede manifestarse temporalmente posterior a la primoinfección por SARS-CoV-2, incluso en aquellos que fueron asintomáticos. El comportamiento epidemiológico de este síndrome describe un aumento de casos posterior al aumento de incidencia de casos COVID-19.

En Chile, el primer caso notificado de SIM tiene fecha de hospitalización por el síndrome el día 5 de abril de 2020 y el total de casos notificados y validados al 14 de marzo 2022 fue de 441 entre niños, niñas y adolescentes. Durante el año 2022 se han notificado 27 casos.

La notificación de casos por Síndrome Inflamatorio Multisistémico es de carácter obligatorio de acuerdo al Ordinario B51 N° 3514 del 27 de agosto del año 2020 y debe reportarse de forma inmediata al correo [sim.covid@minsal.cl](mailto:sim.covid@minsal.cl)

Dado el contexto de circulación de variante Omicrón y el retorno a clases, se solicita reforzar la notificación de casos de Síndrome Inflamatorio Multisistémico y las medidas preventivas según los protocolos y orientaciones establecidas.

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



**Dr. Cristóbal Cuadrado Nahum**  
Subsecretario de Salud Pública

Distribución:

- SEREMIS Salud (16)
- Encargados de Epidemiología SEREMI de salud
- Director de Instituto de Salud Pública

- Departamento de Laboratorio Biomédico, Subdepartamento de Enfermedades Virales, Instituto de Salud Pública.
- División de Prevención y Control de Enfermedades
- Dpto. de Enfermedades Transmisibles
- División Planificación Sanitaria
- Departamento de Estadísticas e Información en Salud
- Departamento de Epidemiología
- Oficina de Partes.



Subsecretaría de Salud Pública  
 División de Planificación Sanitaria  
 Departamento de Epidemiología  
 ETS/JAA/CSL/JAR/RAB/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](mailto: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.



*Paula Daza Narbona*  
**Dra. Paula Daza-Narbona**  
 Subsecretaria de Salud Pública



*Arturo Zúñiga Jory*  
**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.

**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  
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

**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
<b>Marcadores de inflamación o coagulopatía</b>			<b>Marcadores de disfunción orgánica</b>		
Recuento de plaquetas		<input type="checkbox"/>	Creatinina (µmol/l)		<input type="checkbox"/>
Leucocitos totales (x10 <sup>9</sup> /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"/>
P (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"/>	Creatinacinas (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"/>

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

**1d. OTROS SIGNOS Y SÍNTOMAS** (Lélese 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	Hipoguesia	<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** (Lélese 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



**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 cardíaca [ ][ ][ ] 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

**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, nexa 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](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: \_\_\_\_\_

## 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](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](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](http://www.sochinf.cl/portal/templates/sochinf2008/documentos/2020/Recomendaciones_Sindrome_Inflamatorio_Multisistemico_SARS-CoV-2.pdf)

- B. Persona presenta fiebre<sup>1</sup> 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 ( $2 \times >1.000 \text{ ng/ml}$ ))
  - B.5. Afectación Gastrointestinal (vómitos, diarrea o dolor abdominal)
- Y
- C. Elevación de Proteína C Reactiva (PCR) ( $>50 \text{ mg/L}$ ) y/o Procalcitonina  $>1\text{ng/dl}$ , 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](mailto: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](mailto:sim.covid@minsal.cl).

## Flujograma notificación caso SIM



<sup>1</sup> 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.