

ANEXO. VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DEL SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO EN NIÑOS ASOCIADO A INFECCIÓN POR SARS-COV2

Anexo a al protocolo 710 – 730

Abstract

Documento técnico para la vigilancia de casos probables y confirmados de Síndrome Inflamatorio Multisistémico en niños asociado a infección por SARS-Cov2
Versión 1 – 21 enero 2021

SAR Nacional COVID-19
covid@ins.gov.co

Créditos

MARTHA LUCÍA OSPINA MARTÍNEZ

Directora General

FRANKLYN EDWIN PRIETO ALVARADO

Director de Vigilancia y Análisis de Riesgo en Salud Pública

REVISÓ:

Grace Avila, Coordinadora Grupo No transmisibles

Helena Patricia Salas, Coordinadora Grupo Transmisibles

APROBÓ:

Diana Walteros, Subdirectora Técnica Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública

El documento requirió revisión por la Oficina Asesora de Jurídica SI **NO** X

El documento requirió revisión por una instancia externa asesora SI **NO** X ¿Cuál?

©

Instituto Nacional de Salud

Bogotá, Colombia

Av. Calle 26 No. 51-20

Introducción

A finales de 2019, fue identificado un nuevo coronavirus, como causa de neumonía atípica, en Wuhan, ciudad de la provincia de Hubei en China. Este nuevo virus rápidamente se propagó hacia otras provincias chinas dando como resultado una epidemia, seguido por un aumento de número de casos en otros países. En febrero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) asignó a esta enfermedad producida por este virus como COVID-19 (1). El virus es el responsable del síndrome respiratorio agudo severo por coronavirus 2 (SARS-CoV-2, por sus siglas en inglés). El 11 de marzo de 2020 la OMS declara SARS-CoV-2 como pandemia (2).

En niños y adolescentes COVID-19, suele presentar un curso clínico leve, sin embargo, en algunos casos, este grupo poblacional puede presentar un curso grave de la enfermedad e incluso tener manifestaciones clínicas muy diferentes a la de los adultos. En abril de 2020, el Reino Unido reportó una serie de casos con presentación clínica similar a enfermedad de kawasaki (EK) incompleta, síndrome de shock tóxico y estado hiper-inflamatorio (3,4) que presentaban nexo epidemiológico con SARS CoV-2. A partir de esa fecha se han reportado casos clínicamente similares en otros lugares del mundo (5–8). Posterior a la notificación de estos casos se llevó a cabo un consenso de expertos en cuidado crítico, infectología, reumatología pediátrica, denominado a esta nueva condición clínica como Síndrome inflamatorio multisistémico en niños (MIS-C, por sus siglas en inglés).

1.1. Comportamiento del evento

1.1.1. Situación epidemiológica mundial

La incidencia mundial de SARS-CoV 2 en menores de 18 años es de 322 casos por 100.000 habitantes y la incidencia de MIS-C es 2 por cada 100.000 habitantes (9). Los primeros casos se reportaron en Reino Unido, así como en otros lugares de Europa (Francia, Alemania, Grecia, Italia, Luxemburgo, Portugal, España, Suiza, Suecia), en Canadá y en Estados Unidos (5-7,9-11,14,15).

La epidemiología de MIS-C difiere de la de EK clásica. La mayoría de casos de MIS-C ocurren en niños mayores de 8 años y adolescentes previamente sanos (3,9-11,14-16). Los niños afroamericanos y latinos son los más afectados contrastando con la EK clásica que típicamente afecta a menores de 5 años y tiene mayor incidencia en el este asiático y en niños con descendencia asiática (9). Respecto a los casos que se han reportado alrededor del mundo, el primer reporte de MIS-C fue una serie de 8 casos que recibieron asistencia médica en el sur-este de Inglaterra (3). Posteriormente se reportaron 3 series de casos en Inglaterra (n = 58), Francia y Suiza (n = 35), y Nueva York (n = 33).

En todos estos casos la mayoría de los niños eran previamente sanos (88% en Reino Unido, 89% en Francia, y 79% en la serie de Nueva York) (10,16,17). Las comorbilidades más frecuentes en estos niños fueron obesidad y asma. El promedio de edad fue de 10 años (rango de 1 a 17 años) (9) .

No es claro si el riesgo de desarrollar MIS-C depende de la raza, ya que los niños afroamericanos y latinos presentan la mayoría de los casos. En las series de casos de Reino Unido, el 38% de los niños eran afrodescendientes, 19% blancos, 11% asiáticos y 5% bi-raciales (17). En la serie de casos de Nueva York, el 24% eran afroamericanos, 27% latinos, 9% blancos y 9% de origen asiático (9). En la serie de 21 casos, de un solo centro de salud de Francia, el 57% tenían descendencia africana y el 14 % , al menos un padre con descendencia asiática (18).

Basados en el comportamiento observado en Reino Unido, Nueva York y algunos países de Europa, pareciera que hay un periodo sin casos entre el pico de casos de COVID-19 y el de MIS-C (9,17,19). En Londres, el pico de COVID-19 ocurrió las dos primeras semanas de abril, mientras el pico de MIS-C ocurrió las dos primeras semanas de mayo (17,19). Este periodo de 3 a 4 semanas sin síntomas coincidiría con el tiempo de activación de la inmunidad adquirida y sugeriría que el MIS-C es una complicación pos infecciosa del virus más que una infección aguda.

1.1.2 Situación epidemiológica en la Región de las Américas

Al 14 de enero de 2021, un total de 17 países de la Región de las Américas han notificado oficialmente a la OPS / OMS o han publicado información a través de un sitio web oficial un total de 2.737 casos confirmados acumulados de MIS-C que coinciden cronológicamente con COVID-19, incluidas 78 defunciones. Del total de casos notificados, el 66% tenían entre 0 y 9 años al momento de enfermar y solo 10% estaba en el grupo etario entre 15 y 19 años. Respecto del desenlace de estos casos, la mayor proporción de fallecidos se observa en el grupo etario de 15 a 19 años. Con relación a la distribución por sexo, 56% de los casos son hombres. (18)

Los países con el mayor número de casos confirmados son Estados Unidos con 1659 casos, Brasil con 631 casos, Chile con 151 casos, Republica Dominicana con 102 casos y Argentina con 65 casos. (18)

1.1.3 Situación epidemiológica nacional

Hasta el momento en Colombia, se han identificado 3 casos de MIS-C en el distrito de Cartagena. Estos casos fueron detectados mediante el monitoreo de medios. La tasa de incidencia de COVID-19 en menores de 18 años por cada 100.000 habitantes en Colombia por departamentos, nos muestra que los departamentos y distritos por encima del percentil 75 son: Amazonas, Barranquilla, Atlántico, Bogotá, Cartagena, Chocó, Cesar y Nariño; entre el percentil 50 a 75 se encuentran los departamentos de Valle del Cauca, Cundinamarca, Santa Marta, Sucre, Tolima, Bolívar, Magdalena, Antioquia. En el percentil 25, se encuentra Risaralda, Arauca, Cauca, Santander, Córdoba, Quindío, Caldas y Norte de Santander y por debajo del percentil 25 se encuentran Boyacá, Guajira, Meta y Huila.

1.2. Estado del arte

1.2.1. Descripción del evento

El MIS-C es una nueva enfermedad asociado a la infección por SARS-Cov2 que ha sido reportada en Reino Unido, Canadá, Francia, Alemania, Grecia, Italia, Luxemburgo, Portugal, España, Suiza, Suecia Estados Unidos, Argentina y Perú. El síndrome se llamó síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico (PMIS, por sus siglas en inglés). Algunos casos han requerido hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) porque han llegado a presentar compromiso multisistémico con soporte ventilatorio, hemodinámico y renal, entre otros.

1.2.2. Características clínicas

Es una enfermedad aguda caracterizada por fiebre persistente por más de 24 horas, compromiso cardiológico, renal, gastrointestinal, respiratorio y/o hematológico. Esta enfermedad tiene características similares a la enfermedad de kawasaki (EK), tales como compromiso mucocutáneo, artritis y conjuntivitis aséptica. La sintomatología inicia 2 a 6 semanas posterior a que los síntomas de COVID-19 han desaparecido (en aquellos sintomáticos). En esta etapa inicial suele documentarse fiebre, acompañada de otros síntomas iniciales (tabla 1) y alteración de una o varias pruebas de laboratorio Tabla 2. (3). Posteriormente el paciente presenta un estado hiper-inflamatorio, que se caracteriza por aumento de citoquinas, especialmente la IL-6, y elevación de reactantes de fase aguda como la LDH, procalcitonina, velocidad de eritrosedimentación (VSG) y/o proteína C reactiva (PCR). Este estado puede llegar a producir rápidamente falla multiorgánica, llevando a los pacientes a un estado de shock y en algunos casos la muerte. En esta etapa se evidencian los hallazgos clínicos e imagenológicos Tabla 3 y 4 respectivamente (11) . Estos niños, en su mayoría, han sido tratados con inmunoglobulina parenteral y esteroides sistémicos como medidas para controlar el estado hiperinflamatorio, además del soporte ofrecido según la presentación de disfunción de otros órganos y sistemas. Ver Anexo 1.

Tabla 1. Frecuencia de aparición de síntomas iniciales en niños y adolescentes con MIS-C (12,13).

| Síntomas iniciales | Frecuencia (%) |
|--|----------------|
| Síntomas gastrointestinales (dolor abdominal, vómito o diarrea) | 60 a 100 |
| Rash cutáneo | 52 a 76 |
| Conjuntivitis bilateral no purulenta | 45 a 81 |
| Eritema en plantas o palmas | 29 a 76 |
| Edema de mucosas | 29 a 76 |
| Síntomas neurológico (dolor de cabeza, alteración del estado de la conciencia) | 21 a 65 |

Tabla 2. Frecuencia de aparición de hallazgos clínicos en niños y adolescentes con MIS-C (12,13).

| Hallazgos clínicos | Frecuencia (%) |
|---|----------------|
| Shock | 50 a 80 |
| Criterios de Enfermedad de Kawasaki clásica | 22 a 64 |
| Disfunción miocárdica | 51 a 100 |
| -Ecocardiograma | |
| -Elevación de troponina | |
| -Elevación de BNP | |
| Insuficiencia respiratoria aguda | 43 a 52 |
| Insuficiencia Renal aguda | 22 a 70 |
| Serositis (pleural, pericárdica o peritoneal) | 24 a 57 |
| Insuficiencia hepática | 21 |

Tabla 3. Frecuencia de aparición de hallazgos en laboratorio en niños y adolescentes con MIS-C (12,13).

| Hallazgos en laboratorio clínico | Frecuencia (%) |
|---------------------------------------|----------------|
| Linfopenia | 80 a 95 |
| Neutrofilia | 80 a 90 |
| Anemia | 70 |
| Trombocitopenia | 31 a 80 |
| Elevadores de respuesta inflamatoria: | |
| -PCR | 90 a 100 |
| -VES | 80 |
| -Dímero-D | 80 a 100 |
| -Fibrinógeno | 90 a 100 |
| -Ferritina | 55 a 76 |
| -Procalcitonina | 80 a 95 |
| -Interleuquina-6 | 80 a 100 |

| | |
|--|----------|
| Elevación de marcadores cardiacos | |
| -Troponina | 68 a 95 |
| -BNP | 78 a 100 |
| Hipoalbuminemia | 73 a95 |
| Elevación de enzimas hepáticas | 62 a 70 |
| Elevación de LDH | 56 a 60 |
| Hipertrigliceridemia | 70 |

PCR: Proteína C Reactiva; VES: Velocidad de eritrosedimentación. BPN: Péptico B Natriuretico; LDH: Lactato deshidrogenasa;

Tabla 4. Frecuencia de aparición de hallazgos en imágenes diagnosticas en niños y adolescentes con MIS-C (12,13).

| Hallazgos en imágenes diagnosticas | Frecuencia (%) |
|--|----------------|
| Ecocardiograma | |
| -Disminución de ventrículo derecho | 31 a 58 |
| -Aneurisma o dilatación en arterias coronarias | 14 a 48 |
| Radiografía de tórax | |
| -Derrame pleural | SD |
| -Consolidaciones | SD |
| -Atelectasias | SD |
| TAC tórax | SD |
| -patron en vidrio esmerilado | |
| TAC o Eco doppler abdominal | |
| -Ascitis | |
| -Aneurismas aorta abdominal | |
| -Inflamación de arteria mesentérica | |

1.3 Justificación para la vigilancia

La mayoría de los niños con infección por Covid-19 son asintomáticos o presentan síntomas leves, sin embargo, se han identificado niños que pueden desarrollar una respuesta inflamatoria sistémica significativa, los cuales, pueden requerir de hospitalización, internación en UCI e incluso manejo por diferentes especialidades médicas (14).

Este síndrome, aunque es una complicación rara, puede ser fatal en los niños y adolescentes, debido al riesgo para la salud de esta población se hace necesario caracterizar esta enfermedad y sus factores de riesgo, así como iniciar la vigilancia epidemiológica inmediata (3,14,14–17).

Colombia debe anticiparse a esta situación e iniciar la recolección, consolidación y análisis de la información en el país; debe intensificarse la vigilancia y detección de casos probables y confirmados de MIS-C asociado con Covid-19, con el fin de orientar la construcción de propuestas de intervención en salud pública. La notificación de posibles casos se realizará en centros centinelas pediátricos en cada una de las regiones mediante la ficha de notificación correspondiente para este evento. Ver anexo 2.

1.4. Usuarios de la vigilancia del evento

Los Usuarios de la información generada por el sistema de vigilancia serán:

- Ministerio de Salud y Protección Social
- Direcciones departamentales, distritales y municipales de salud
- Las Unidades Notificadoras y Las Unidades Primarias Generadoras de Datos
- Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
- Organización Panamericana de la Salud
- Comunidad médica

Objetivos específicos

- Caracterizar en tiempo, espacio, persona, características socio-demográficas, clínicas y antecedentes epidemiológicos de los casos confirmados, probables y por tratarse de una entidad en la cual se está construyendo la evidencia, también de los casos descartados.
- Identificar posibles factores de riesgo modificables y no modificables en niños y adolescentes que puedan predisponer a presentar MIS-C.

Definiciones operativas de casos

| Tipo de caso | Características de la clasificación |
|-------------------------------------|--|
| Caso probable de MIS-C por COVID-19 | <p>Menor de 18 años, con fiebre por más de 24 horas, positivo para infección actual o reciente para SARS-CoV-2 evidenciado por RT-PCR o serología de anticuerpos IgM/IgG ó contacto estrecho con algún caso confirmado para COVID-19 en las últimas 4 semanas.</p> <p>Y</p> <p>que presente alguno de los siguientes síntomas: dolor abdominal, vómito, diarrea, rash cutáneo, conjuntivitis bilateral no purulenta, eritema en plantas o palmas o edema de mucosas, dolor de cabeza o alteración del estado de la consciencia.</p> <p>Y</p> <p>Sin diagnóstico alternativo u otras posibles causas que lo expliquen ese cuadro clínico.</p> |

| Tipo de caso | Características de la clasificación |
|---------------------------------------|--|
| Caso confirmado de MIS-C por COVID-19 | <p>Caso probable, con compromiso de hallazgos clínicos en ≥ 2 órganos (Gastrointestinal: dolor abdominal, vómito, diarrea o Mucocutáneo: rash cutáneo, conjuntivitis bilateral no purulenta, eritema en plantas o palmas o edema de mucosas o Neurológico: dolor de cabeza o alteración del estado de la consciencia o Cardiológico: disfunción miocárdica, pericarditis, anormalidades en las coronarias o Hematológico: evidencia de coagulopatía o Renal o Respiratorio)</p> <p>Y</p> <p>Elevación en al menos un hallazgo clínico de los siguientes: , Neutrofilia, VES, Fibrinógeno, PCR, Ferritina, LDH, Dímero-D, IL-6 Trombocitopenia; disminución: Plaquetas y linfocitos</p> |

| Tipo de caso | Características de la clasificación |
|---------------------------------------|---|
| Caso descartado de MIS-C por COVID-19 | Caso probable que no cumpla con la definición de caso |

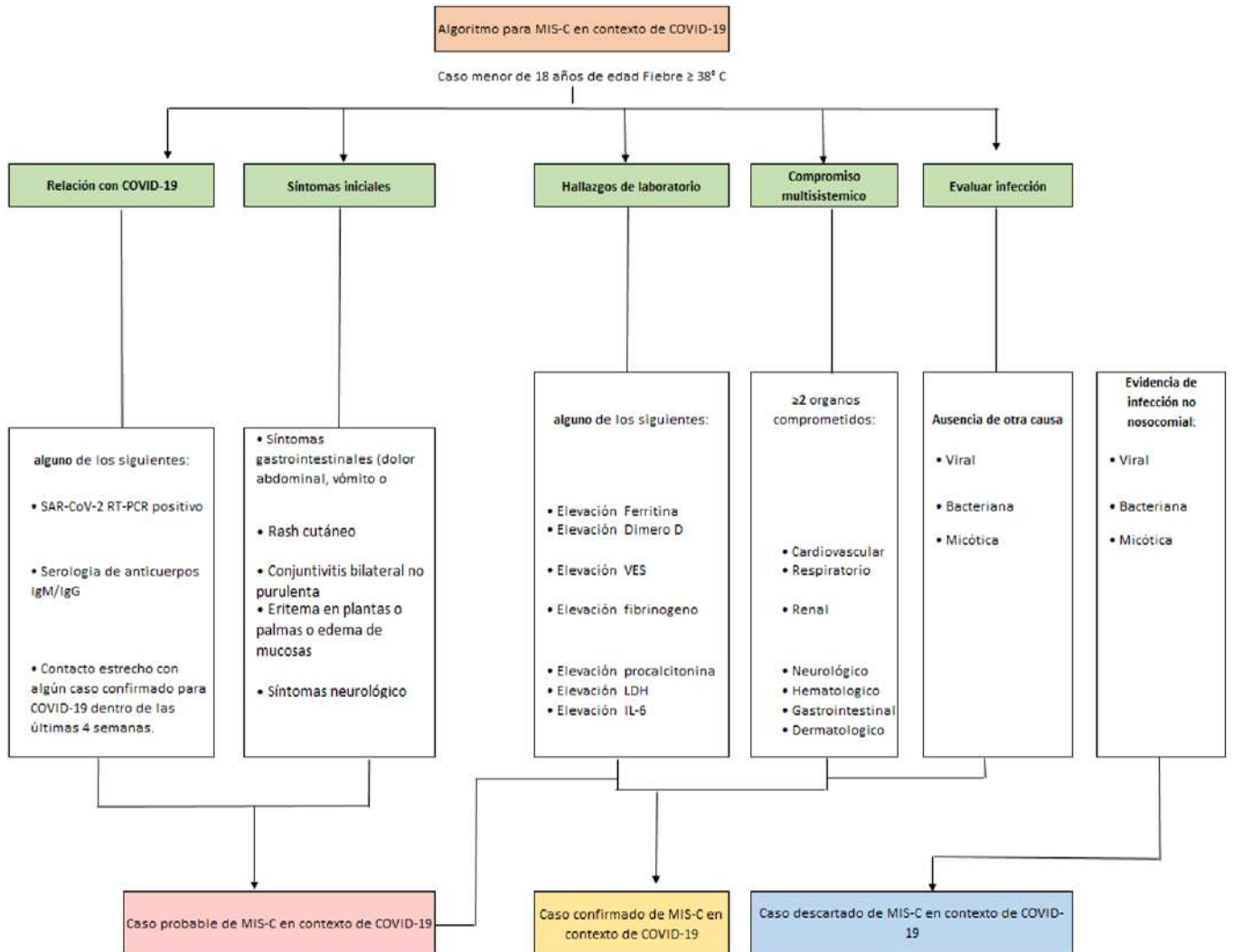
Periodicidad del reporte

| Notificación | Responsabilidad |
|---|--|
| Notificación inmediata | Los casos de síndrome inflamatorio multisistémico en niños deben notificarse de forma inmediata de acuerdo con la estructura y contenidos mínimos establecidos en el proceso para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública. Realizando la vigilancia en el marco de la ficha de notificación de Sarampión. |
| Se debe alertar al Equipo de Respuesta Inmediata (ERI) sobre la posible ocurrencia de un caso, para iniciar la investigación epidemiológica preliminar que conduzca a determinar fuente de infección e historia clínica para determinar el curso del síndrome. | |
| Para cada caso probable, se deberá enviar soporte de la relación con SAR-CoV 2, historia clínica desde el ingreso del paciente, soportes de laboratorio, soporte de aislamiento e otros cultivos e investigación epidemiológica de campo. Los soportes deben enviarse al correo covid@ins.gov.co y escribir en el asunto CASO PROBABLE MIS-C. | |

Referencias

1. World Health Organization (WHO). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 -- 11 March 2020. Available at: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.
2. World Health Organization. Director-General's remarks at the media briefing on 2019-nCoV on 11 February 2020. <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020> (Accessed on February).
3. Riphagen S, Gomez X, Gonzalez-Martinez C, Wilkinson N, Theocharis P. Hyperinflammatory shock in children during COVID-19 pandemic. Vol. 395, Lancet (London, England). 2020. p. 1607–8.
4. Paediatric Intensive Care Society (PICS) Statement: Increased number of reported cases of novel presentation of multi system inflammatory disease. Available at <https://picsociety.uk/wp-content/uploads/2020/04/PICS-statement-re-novel-KD-C19-presentation->.
5. Licciardi F, Pruccoli G, Denina M, Parodi E, Taglietto M, Rosati S, et al. SARS-CoV-2-Induced Kawasaki-Like Hyperinflammatory Syndrome: A Novel COVID Phenotype in Children. Pediatrics. 2020 May;
6. Cheung EW, Zachariah P, Gorelik M, Boneparth A, Kernie SG, Orange JS, et al. Multisystem Inflammatory Syndrome Related to COVID-19 in Previously Healthy Children and Adolescents in New York City. JAMA. 2020 Jun;

7. Whittaker E, Bamford A, Kenny J, Kaforou M, Jones CE, Shah P, et al. Clinical Characteristics of 58 Children With a Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome Temporally Associated With SARS-CoV-2. *JAMA*. 2020 Jun;
8. Verdoni L, Mazza A, Gervasoni A, Martelli L, Ruggeri M, Ciuffreda M, et al. An outbreak of severe Kawasaki-like disease at the Italian epicentre of the SARS-CoV-2 epidemic: an observational cohort study. *Lancet* (London, England). 2020 Jun;395(10239):1771–8.
9. Dufort EM, Koumans EH, Chow EJ, Rosenthal EM, Muse A, Rowlands J, et al. Multisystem Inflammatory Syndrome in Children in New York State. *N Engl J Med* [Internet]. 2020; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32598830>
10. Yáñez JA, Alvarez-Risco A, Delgado-Zegarra J. Covid-19 in Peru: from supervised walks for children to the first case of Kawasaki-like syndrome. *BMJ* [Internet]. 2020 Jun 22;369:m2418. Available from: <http://www.bmj.com/content/369/bmj.m2418.abstract>
11. Debiase RL, Song X, Delaney M, Bell M, Smith K, Pershad J, et al. Severe COVID-19 in Children and Young Adults in the Washington, DC Metropolitan Region. *J Pediatr* [Internet]. 2020; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.05.007>
12. Belhadjer Z, Méot M, Bajolle F, Khraiche D, Legendre A, Abakka S, et al. Acute heart failure in multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C) in the context of global SARS-CoV-2 pandemic. *Circulation*. 2020 May;
13. Feldstein LR, Rose EB, Horwitz SM, Collins JP, Newhams MM, Son MBF, et al. Multisystem Inflammatory Syndrome in U.S. Children and Adolescents. *N Engl J Med* [Internet]. 2020;1–13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32598831>
14. Verdoni L, Mazza A, Gervasoni A, Martelli L, Ruggeri M, Ciuffreda M, et al. Articles An outbreak of severe Kawasaki-like disease at the Italian epicentre of the SARS-CoV-2 epidemic : an observational cohort study. *Lancet* [Internet]. 2020;6736(20):1–8. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31103-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31103-X)
15. Jones VG, Mills M, Suarez D, Hogan CA, Yeh D, Bradley Segal J, et al. COVID-19 and Kawasaki Disease: Novel Virus and Novel Case. *Hosp Pediatr*. 2020;(April):27–8.
16. Zhou G, Chen S, Chen Z. Advances in COVID-19: the virus, the pathogenesis, and evidence-based control and therapeutic strategies. *Front Med* [Internet]. 2020/04/21. 2020 Apr;14(2):117–25. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32318975>
17. Shekerdemian LS, Mahmood NR, Wolfe KK, Riggs BJ, Ross CE, McKiernan CA, et al. Characteristics and Outcomes of Children With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Infection Admitted to US and Canadian Pediatric Intensive Care Units. *JAMA Pediatr* [Internet]. 2020 May 11; Available from: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.1948>
18. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad por Coronavirus (COVID-19). 15 de enero de 2021, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021





SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
Subsistema de información SIVIGILA
 Ficha de notificación individual – Datos complementarios
Sarampión. Cod INS 730 | Rubéola. Cod INS 710
Síndrome inflamatorio multisistémico MIS-C.



La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1286/09

EVENTO DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

FOR-R02.0000-075 V:02 2021-01-21

| | | |
|---|-----------------------|------------------------------------|
| A. Nombres y apellidos del paciente | B. Tipo de ID* | C. Número de identificación |
| *RC : REGISTRO CIVIL TI : TARJETA IDENTIDAD CC : CÉDULA CIUDADANÍA CE : CÉDULA EXTRANJERÍA - PA : PASAPORTE MS : MENOR SIN ID AS : ADULTO SIN ID PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | | |

10. DATOS CLINICOS MIS-C

| | |
|---|--|
| <p>10.1 Relación con COVID-19</p> <p>10.1.1 RT-PCR SAR-CoV 2 positiva en las últimas 4 semanas <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No</p> <p>10.1.2 Ac IgM/IgG positiva en las últimas 4 semanas <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No</p> <p>10.1.3 Nexo epidemiológico con caso positivo COVID- 19 en las últimas 4 semanas <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No</p> | <p>10.2 Síntomas iniciales</p> <p><input type="checkbox"/> Vómito</p> <p><input type="checkbox"/> Diarrea</p> <p><input type="checkbox"/> Edema de mucosas</p> <p><input type="checkbox"/> Alteración del estado de consciencia</p> |
|---|--|

11. HALLAZGOS DE LABORATORIO MIS-C

11.1 Presenta alguno de las siguientes alteraciones de laboratorio

| | | | <i>Valor Referencia</i> | <i>Valor Resultado</i> |
|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------|------------------------|
| Fibrinógeno | <input type="radio"/> 1. Sí | <input type="radio"/> 2. No | 150 - 350 mg/dl | VALOR |
| Proteína C Reactiva | <input type="radio"/> 1. Sí | <input type="radio"/> 2. No | Menor 6 mg/dl | VALOR |
| Ferritina | <input type="radio"/> 1. Sí | <input type="radio"/> 2. No | 7 a 140 µg/L | VALOR |
| Dimero-D | <input type="radio"/> 1. Sí | <input type="radio"/> 2. No | > 3000 ng/ml | VALOR |
| Linfopenia | <input type="radio"/> 1. Sí | <input type="radio"/> 2. No | 5000 - 10.000 | VALOR |

*Si selecciona '2 - No', el valor del resultado debe ser igual a 0

Correo: sivigila@ins.gov.co