



UNIVERSIDAD VERACRUZANA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TESIS

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA
EN PEDIATRÍA MÉDICA**

**“ENFERMEDAD DE KAWASAKI. ANALISIS CLINICOS EN
16 PACIENTES DE VERACRUZ”**

PRESENTA

OLIVIA ANGELICA MONROY ELIZONDO

ASESOR

**DR. EMIGDIO PALMA HERNANDEZ
DR. FELIX GILBERTO ISLAS RUZ**

JULIO 2013

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco a Dios por darme la oportunidad de iniciar este camino en la formación de Pediatra, de arduo estudio y trabajo, aprender a ser paciente, tolerante, a trabajar en equipo, para poder ver que después de 4 años de estudio sigo aquí, feliz por haber logrado una meta más en mi vida.

A mi maravillosa familia, siempre a mi lado, apoyándome en las decisiones que tomo y alentándome siempre a ser mejor. A mi mamá hermosa que con su gran ejemplo, solo me enseñó que en esta vida todo se logra con amor, muchas ganas y mucho esfuerzo. Los amo.

Gracias a todas las personas que en algún momento me dieron su enseñanza y experiencia, consejos, palabras de aliento, un abrazo, una sonrisa, y hacerme ver que los desvelos, los tropiezos, las llamadas de atención, solo son para corregir los errores, salir adelante y ser mejor cada día.

Este logro es mío y de cada uno de ustedes que me formó como Pediatra.

Muchas gracias.

ÍNDICE

TEMA	PAGINA
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
ANTECEDENTES	6
MATERIAL Y MÉTODOS	9
RESULTADOS	10
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	15
BIBLIOGRAFÍA	16
ANEXOS	18

RESUMEN

Introducción. La Enfermedad de Kawasaki se caracteriza por un síndrome febril agudo, asociado a vasculitis en diversos órganos, cuya etiología aún es desconocida. Fue descrito por Tomisaki Kawasaki en 1967 y a partir de entonces se ha identificado en todo el mundo. Esta enfermedad es frecuente en la edad pediátrica y afecta principalmente las arterias coronarias ocasionando aneurismas, cardiopatía isquémica y muerte súbita. El diagnóstico y tratamiento oportunos son necesarios para evitar estas complicaciones.

Objetivo. Determinar las características clínicas, diagnóstico y tratamiento de 16 pacientes con Enfermedad de Kawasaki en el estado de Veracruz.

Metodología. Mediante un estudio de casos, se revisaron los expedientes de 16 pacientes con Enfermedad de Kawasaki; se registró edad, sexo, mes de ingreso, manifestaciones clínicas, resultados de laboratorio, complicaciones y tratamiento, se codificó en Excel 2010 y se hicieron gráficas y tablas con números absolutos y relativos.

Resultados. Un paciente presentó dilatación de arteria coronaria izquierda 3.6 mm y el segundo presentó derrame pericárdico. El 81% de los pacientes se encuentra entre los 12 meses y 5 años de edad; predominó el sexo masculino siendo en total el 62% de los pacientes, y la enfermedad prevaleció en primavera e invierno. En cuanto a los estudios de laboratorio para complementar el diagnóstico se presentó hipoalbuminemia, anemia microcítica normocrómica, leucocitosis, elevación de reactantes de fase aguda y piuria estéril.

Conclusiones. La enfermedad de Kawasaki se consideró inicialmente una enfermedad benigna; estudios post mortem demostraron afectación de las arterias coronarias, lo que cambió el pronóstico. El tratamiento que se utiliza es inmunoglobulina intravenosa y ácido acetilsalicílico; debe instaurarse antes del décimo día del inicio de la fiebre. En nuestro análisis de casos clínicos de estos dos pacientes que presentaron complicaciones, el que reportó dilatación de arteria coronaria izquierda fue revalorado por cardiología a las 2 semanas de que se administró inmunoglobulina, existiendo remisión de la dilatación.

ABSTRACT

Introduction. Kawasaki Disease is characterized by an acute febrile syndrome associated with vasculitis in various organs, whose etiology remains unknown. Tomisaki was described by Kawasaki in 1967 and since then has been identified worldwide. This disease is common in childhood and mainly affects the arteries leading to coronary aneurysms, ischemic heart disease and sudden death. The diagnosis and treatment are necessary to prevent these complications.

Target. Determine the clinical features, diagnosis and treatment of 16 patients with Kawasaki disease in the state of Veracruz.

Methodology. Through a case study, we reviewed the records of 16 patients with Kawasaki's disease was recorded age, sex, month of admission, clinical manifestations, laboratory results, complications and treatment, was encoded in Excel 2010 and became Graphics and tables absolute and relative numbers.

Results. One patient had dilated left coronary artery and the second 3.6 mm pericardial effusion. 81% of the patients are between 12 months and 5 years of age; predominance of males being in total 62% of patients, and the disease prevailed in spring and winter. Regarding the laboratory studies to complement the diagnosis is presented hypoalbuminemia microcíticanormocrómica anemia, leukocytosis, elevated water phase reactants and sterile pyuria.

Conclusiones. Kawasaki disease was initially considered a benign disease, postmortem studies showed involvement of the coronary arteries, which changed the prognosis. The treatment used is intravenous immunoglobulin and aspirin, should be instituted before the tenth day of the onset of fever. In our analysis of clinical cases of two patients who had complications, which reported dilated left coronary artery was re-evaluated by a cardiologist at 2 weeks was administered immunoglobulin, existing referral dilation.

INTRODUCCION

La Enfermedad de Kawasaki es una enfermedad infantil exantemática, febril, aguda de origen desconocido que ha sido objeto de interés epidemiológico, clínico y de laboratorio desde su descripción original en 1967.

Ésta enfermedad se ha identificado en diversos países, siendo los de Oriente donde se observa mayor incidencia, considerándosele un problema de salud pública. ^{5,8}

Japón tiene la mayor incidencia anual en el mundo 184 casos por cada 100000 niños menores de 5 años, seguido por Korea 113 casos por cada 100000 niños y Taiwan 69 casos por cada 100000 niños. Comparado con la incidencia más alta en países asiáticos, en países Europeos es mucho menor.

La incidencia anual en Estados Unidos es de 21 casos por cada 100000 niños y en Canadá es de 20.6 casos por cada 100000 niños. ^{14,17}

En México, el primer caso se informó en 1977 por Rodríguez. A partir de entonces se han publicado nuevas series de casos por diversos autores. No se tiene una incidencia a nivel nacional sobre esta enfermedad. En el año 2010 la Secretaría de Salud en conjunto con varias instituciones de salud, publicó una guía práctica clínica para establecer los criterios diagnósticos de Enfermedad de Kawasaki. ^{17,19}

El diagnostico se establece utilizando el síntoma principal que es fiebre y cuatro o más signos y síntomas:

1. Fiebre persistente de 5 días de evolución
2. Inyección conjuntival bilateral
3. Fisuras en labios y mucosa oral
4. Exantema polimorfo
5. Cambios en manos y pies como edema y descamación
6. Adenopatía cervical mayor de 1.5 cm unilateral

En cuanto a identificar su causa, sigue siendo objeto de estudio, y las principales hipótesis apuntan hacia una etiología infecciosa basada en la epidemiología y clínica. Las evidencias actuales sugieren que la Enfermedad de Kawasaki podría ser causada por toxinas bacterianas que actuarían como superantígenos estimulando a grandes poblaciones de linfocitos T que provocarían la expresión de segmentos génicos variables de receptores de células T. Ciertas toxinas elaboradas por *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes* tienen propiedades de superantígenos y algunas investigaciones han entregado evidencias del rol de estas toxinas en la patogenia de Enfermedad de Kawasaki. ^{1,4,5,6}

Desde el punto de vista patogénico, la incapacidad de recuperar un agente infeccioso en forma consistente y las evidencias anatomopatológicas y de laboratorio de una activación de la inmunidad celular y humoral, tienden a situar la Enfermedad de Kawasaki en la categoría de una enfermedad autoinmune.^{2,9,16}

Desde hace 15 años se dispone de un tratamiento efectivo, la inmunoglobulina intravenosa (IGIV), cuya mayor contribución es la reducción significativa de la incidencia de aneurismas coronarios cuando se administra en los primeros 10 días de evolución. Junto con el ácido acetilsalicílico (AAS) es un tratamiento efectivo en la mayoría de los pacientes para evitar el daño coronario.^{5,9,12,19,20}

La trascendencia de esta enfermedad radica en el daño coronario que puede ocasionar, ya que de un 20-25% de los pacientes únicamente tratados con ácido acetilsalicílico presentan daño a arterias coronarias y si el tratamiento es con inmunoglobulina humana antes del décimo día de la enfermedad este se reduce hasta un 2-4% ^{7,12,14,17,18,20}

Por esta razón es importante hacer el diagnóstico antes de los 10 días del inicio de la enfermedad para que los pacientes reciban el tratamiento específico con inmunoglobulina de lo contrario, es posible que desarrollen una cardiopatía e isquemia miocárdica al llegar a la adolescencia o cuando sean adultos jóvenes. Hay publicaciones que confirman que la enfermedad cardíaca secundaria a Kawasaki es la primera causa de cardiopatía en países industrializados. ^{5,8,9,15,17,19,20}

En ausencia de un agente etiológico determinado y por tanto una prueba específica que nos confirme el diagnóstico de la Enfermedad de Kawasaki, el diagnóstico es clínico. Los criterios originalmente propuestos por el Dr. Kawasaki fueron concensados posteriormente por la American Heart Association (AHA) y se aceptan universalmente. Estos incluyen: fiebre de más de 5 días sin causa aparente de difícil, exantema polimorfo, adenopatía cervical unilateral aguda no supurativa, congestión no exudativa de la conjuntiva bulbar, extremidades con eritema y edema en la fase aguda, con descamación periungueal en la fase de convalecencia y alteraciones orofaríngeas (labios congestivos y fisurados, hiperemia faríngea, lengua aframbuesada). ^{2,5,8,12,19}

Los hallazgos de laboratorio encontrados en la Enfermedad de Kawasaki no son específicos ni diagnósticos. En la fase aguda de la Enfermedad se encuentran leucocitosis con aumento de las formas inmaduras, anemia normocítica normocrómica y aumento de la velocidad de sedimentación globular y de la proteína C reactiva. El recuento plaquetario puede ser normal los primeros días sin embargo se han reportado en casos graves trombocitopenia inicial e incremento progresivo en los días posteriores, hasta alcanzar grados extremos de

trombocitosis. Puede haber hipoalbuminemia, alteración de los lípidos, y en caso de lesión cardíaca elevación de la CPK, troponina cardíaca I y deshidrogenasa láctica (DHL). También se ha reportado de un 10-15% la presencia de piuria estéril en la fase aguda. 6,8,12,17,18,19

Se pueden medir también niveles séricos de Interleucina 6 y factor de necrosis tumoral que se encuentran elevados en la fase aguda. La interleucina 6 es una citoquina con múltiples acciones biológicas, además es capaz de regular la función de las células T y de expresar receptores para diferenciar células T citotóxicas. 9

El concepto de Kawasaki atípico o incompleto se propuso en las últimas décadas y se aplicó a pacientes que no cumplían los criterios de forma completa una vez descartados otros diagnósticos diferenciales. Aunque la carditis no es un criterio diagnóstico de la enfermedad, la afección cardíaca es característica y la principal causa de morbilidad y mortalidad a largo plazo; se reconoce como la cardiopatía más frecuente adquirida en la niñez. La manifestación más grave de la Enfermedad Kawasaki es la dilatación de las arterias coronarias, que se presenta en la fase aguda hasta en un 20 % de los pacientes. 12,18,19,20

Se tiene bien estudiado que de no existir respuesta con la primera dosis de inmunoglobulina, se puede aplicar una segunda dosis, en caso de no tener una respuesta favorable, se ha utilizado como parte del tratamiento los esteroides endovenosos como la metilprednisolona a 30 mg/kg/día durante tres dosis, así como el uso de anticuerpos monoclonales como el infliximab. 2,14,19,20

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo en una cohorte de 16 pacientes, de los cuales se revisaron los expedientes clínicos con enfermedad de Kawasaki, conforme los criterios de la American Heart Association, quienes fueron atendidos entre julio de 2009 y enero 2012 del Hospital General Zona no. 71.

Se revisaron así, todos los casos diagnosticados y reportados como Enfermedad de Kawasaki en ARIMAC del HGZ no. 71 Y de ahí previa aprobación del comité de salud local se analizaron los expedientes clínicos y se hizo la recolección de variables (anexo 1) y valoración por Cardiólogo Pediatra en Centro Médico de Especialidades No. 14.

Los datos obtenidos fueron edad, sexo, mes de ingreso, manifestaciones clínicas, exámenes de laboratorio, de gabinete, hallazgos ecocardiográficos, tratamiento y complicaciones. Los estudios solicitados fueron biometría hemática completa, reactantes de fase aguda, electrolitos séricos, albúmina, transaminasas hepáticas, examen general orina, ecocardiograma.

Comprendió a la población pediátrica entre 6 meses y 15 años 11 meses 29 días de vida que en sus manifestaciones clínicas tuvieron fiebre de 5 días de evolución de difícil control con mínimo otros 4 criterios clínicos como inyección conjuntival, fisuras orales con lengua aframbuesada, adenopatía cervical, descamación de genitales con edema y eritema en manos y pies. Con criterios de inclusión:

- Todos los pacientes hospitalizados en Hospital General Zona no. 71 mayores de 6 meses y menores de 15 años 11 meses y 29 días
- Pacientes que tengan datos clínicos compatibles con Enfermedad de Kawasaki y estudios de laboratorio y gabinete que apoyen este diagnóstico.
- Fiebre de 5 días de evolución y de difícil control que no mejora con antimicrobianos

Y los de exclusión:

- Expedientes incompletos
- Mayores de 16 años
- Se descartaron enfermedades exantemáticas, hepáticas, renales y colagenopatías

El tamaño de muestra y muestreo fue no probabilístico y correspondió al Universo que fueron todos los expedientes de los casos reportados de julio 2009 a enero 2012.

El análisis estadístico se efectuó para variables cuantitativas, medidas de tendencia central y para variables cualitativas distribución de frecuencias con números absolutos y relativos; además de gráficas de Pastel.

El protocolo fue autorizado por el comité local No. 3002, con el Número de Folio F-2012-3002-29 y Número de registro R-2012-3002-21

RESULTADOS

De los 16 pacientes se pudo comprobar que la frecuencia de la enfermedad continua siendo en las edades entre 1 a 5 años, constituyendo el 81% del total de la población analizada.

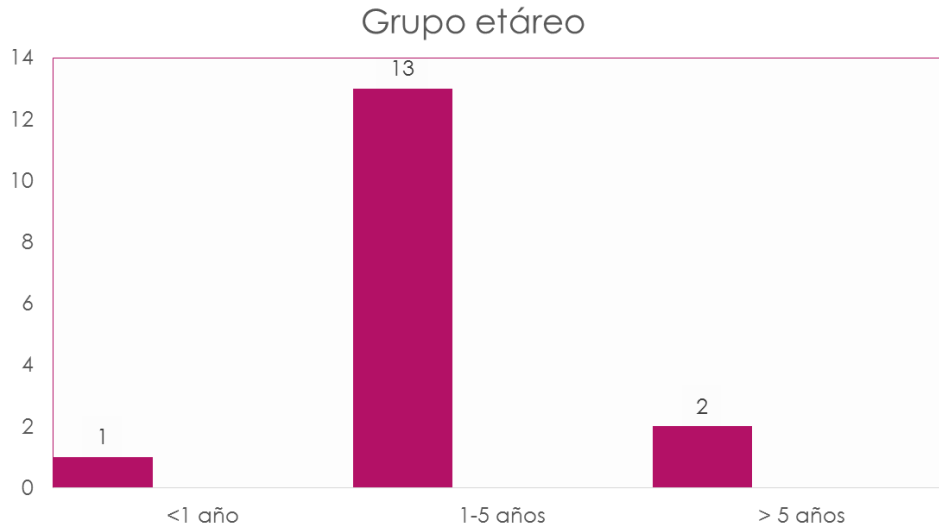


Figura 1. Grupo etáreo

En cuanto a las manifestaciones clínicas, se reportan de acuerdo a la frecuencia de presentación, siendo las descritas por la literatura.

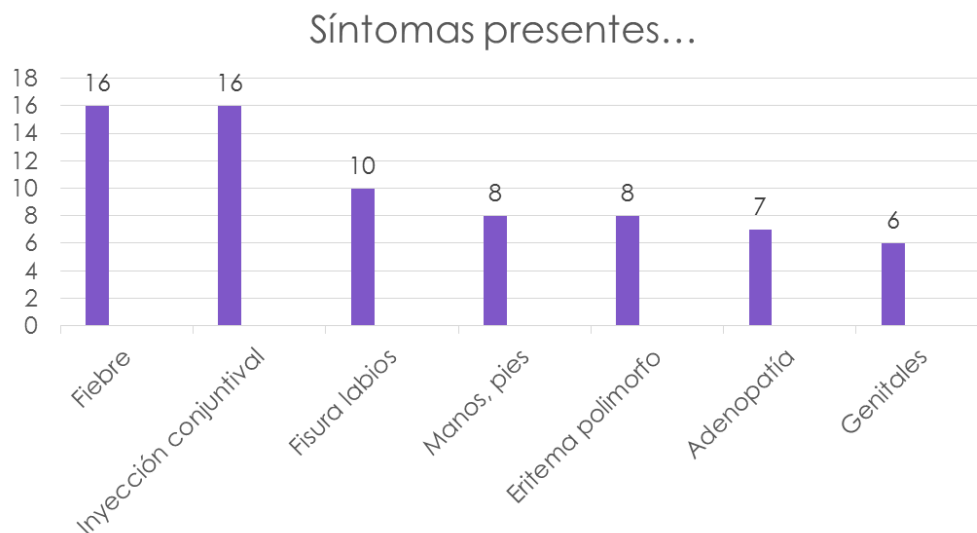


Figura 2. Manifestaciones clínicas

El sexo masculino es el más afectado por Enfermedad de Kawasaki.

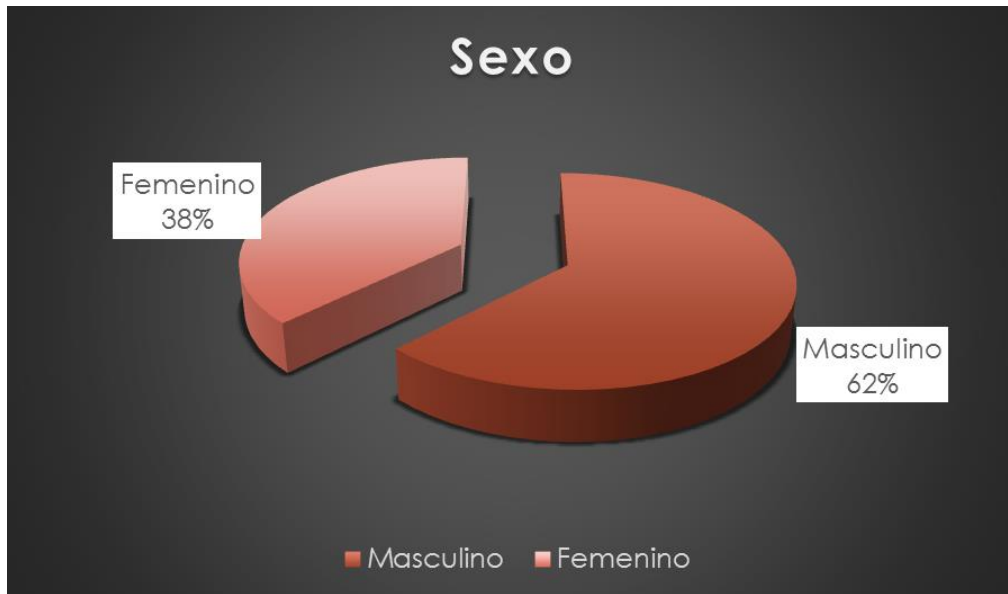


Figura 3. Prevalencia en género.

Los meses en los que la incidencia de la enfermedad es mayor siguen siendo los de invierno y primavera.

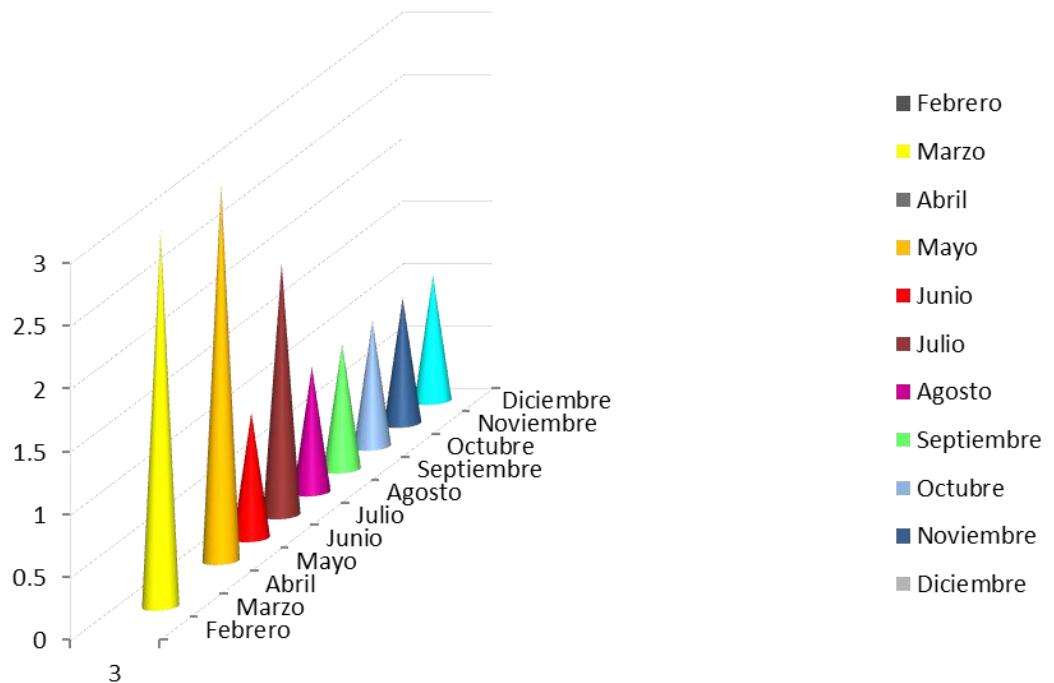


Figura 4. Meses de presentación de Enfermedad de Kawasaki

En cuanto a los estudios que se solicitaron como complementación diagnóstica de la Enfermedad de Kawasaki, en el hemograma se encontró en 14 casos anemia normocítica normocrómica, en otros 6 pacientes se encontró leucocitosis y trombocitosis en 10 pacientes en la segunda semana de evolución de la enfermedad.

En cuanto a las pruebas de función hepática, la albúmina se reportó normal en 5 pacientes, 4 pacientes con hipoalbuminemia y en 7 pacientes no se solicitó. Las transaminasas en 4 casos se encontraron elevadas y en 10 pacientes no se solicitaron. El sodio se reportó normal en 7 casos, uno con hiponatremia, uno con hipernatremia y en 7 pacientes tampoco se solicitó. Examen general de orina en 6 pacientes se reporta normal, 6 con piuria estéril y en 4 no se solicitó.

Los reactantes de fase aguda PCR y VSG se mostraron elevados como se reporta en la literatura.

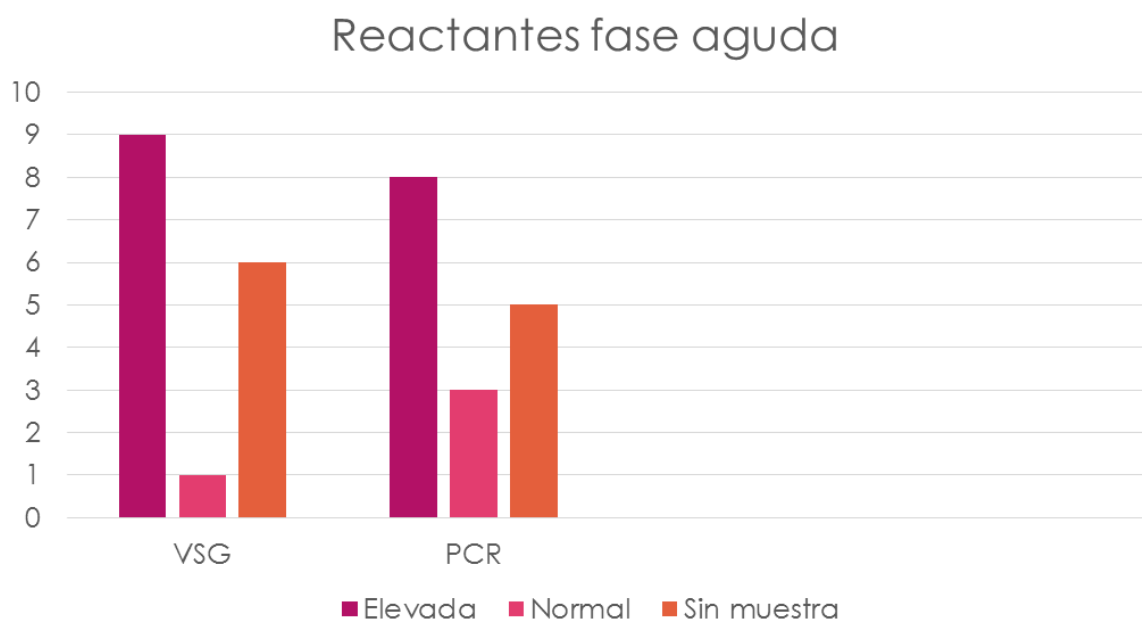


Figura 5. Reactantes de fase aguda

Y como parte del protocolo de estudio de los pacientes con Enfermedad de Kawasaki tenemos que el ecocardiograma se realizó a todos ellos, de los cuales, como ya se comentó previamente solo en un paciente se encontró dilatación de la arteria coronaria izquierda 3.6mm y en otro un derrame pericárdico de 60 ml conservando la fracción de eyección ventricular normal.

No se reportaron muertes en nuestra población en el período de estudio comprendido de julio 2009-enero 2012.

De los pacientes que fueron diagnosticados con Enfermedad de Kawasaki, se administró inmunoglobulina humana y ácido acetilsalicílico como tratamiento específico, sin embargo hubo pacientes en quienes ya no se administró el medicamento por que cuando fueron diagnosticados ya presentaban datos clínicos de la fase de convalecencia, ya sin fiebre. En cuanto al tratamiento con ácido acetilsalicílico solo no se administró a un paciente por que tampoco tenía ya datos de trombocitosis.

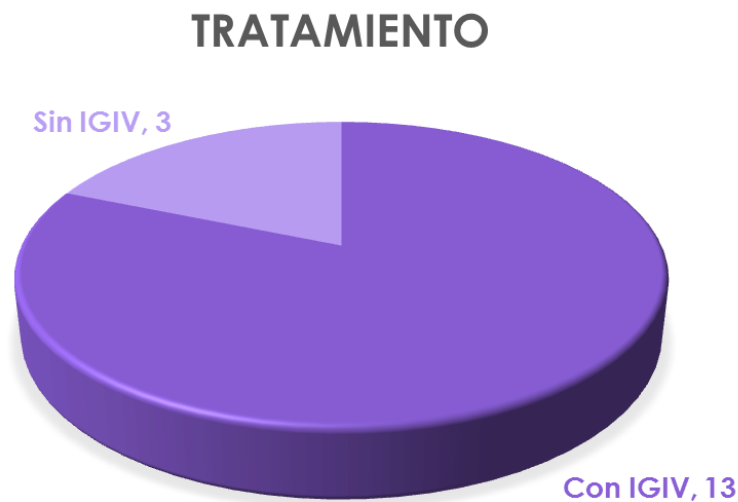


Figura 6. Tratamiento médico con Inmunoglobulina humana

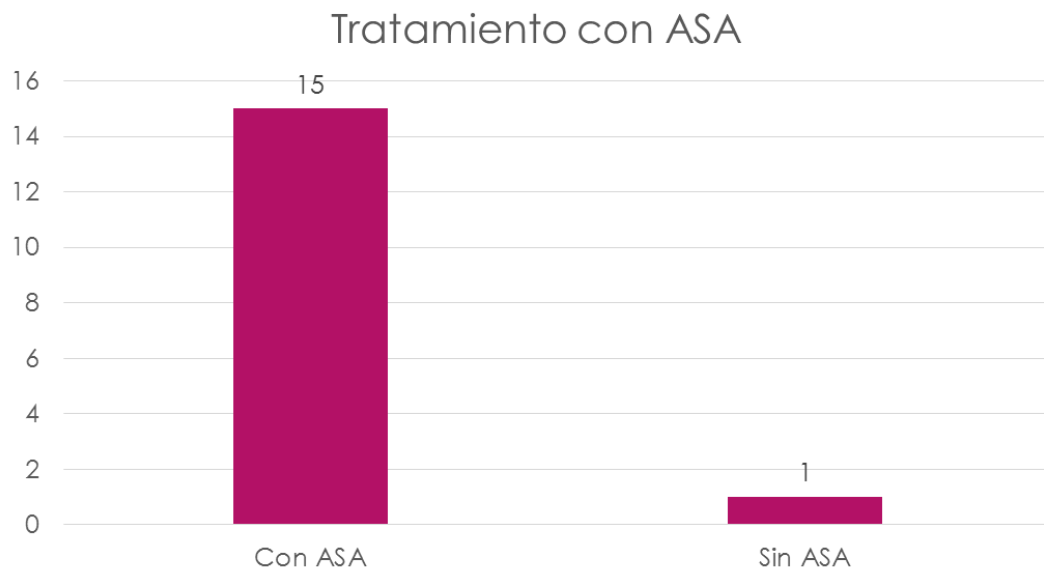


Figura 7. Administración de Ácido acetilsalicílico

DISCUSIÓN Y CONCLUSION

Este análisis de casos clínicos solo nos deja la siguiente reflexión, de acuerdo a las estadísticas, ignoramos la prevalencia de esta enfermedad en nuestro país. El tiempo de análisis que fue muy corto, y a pesar de ello se encontraron 16 casos de Enfermedad de Kawasaki, concluyendo que realmente es más frecuente de lo que se tiene reportado, de ahí que exista la necesidad de iniciar una estadística a nivel nacional, siendo una enfermedad que tiene un tratamiento específico, es importante que se tenga en cuenta como diagnóstico diferencial en niños de 1 a 5 años, del sexo masculino y con los datos clínicos que ya conocemos.

Ante las complicaciones reportadas en niños pequeños y adolescentes, es de suma importancia hacer ver que personal médico debe sospechar la enfermedad, buscar intencionadamente los datos clínicos que son compatibles con una Enfermedad de Kawasaki y establecer el tratamiento lo antes posible.

Es bien sabido que actualmente la cardiopatía adquirida de mayor frecuencia en la infancia es por Enfermedad de Kawasaki, y es importante hacer énfasis que sigue pasando desapercibida ante los ojos de los clínicos, y por tanto, la falta de administración del tratamiento médico.

La información que recabamos de nuestros pacientes no varía en cuanto a lo que múltiples estudios ya refieren, los casos se presentaron con mayor frecuencia en invierno y primavera, el sexo masculino continúa siendo el más afectado. La presentación clínica incluye los criterios ya descritos por la American Heart Association, así que es fundamental conocerlos, y también tener en cuenta que existe la presentación de la Enfermedad ya sea de manera incompleta o atípica.

En cuanto a los estudios complementarios, sabemos que ninguno es diagnóstico, sin embargo en conjunto y con la sospecha clínica nos apoyan para determinar el inicio del tratamiento con inmunoglobulina humana. De nuestros pacientes, tres de ellos ya no fueron candidatos a la administración de inmunoglobulina por llegar en la fase de convalecencia de la enfermedad, y por tanto ya no ser candidatos a este tratamiento.

Lo que pudimos observar es que el seguimiento de los pacientes es importante, de acuerdo a la literatura, debe realizarse una vez hecho el diagnóstico entre las 6 a 8 semanas posteriores y de acuerdo a los hallazgos, tener seguimiento de 3 a 5 años. El seguimiento que se les realizó a nuestros pacientes fue a los 15 días y de nuestro paciente con derrame pericárdico a las 4 semanas existiendo remisión completa del mismo. El paciente con dilatación de arteria coronaria izquierda a las 8 semanas se reportaba sin alteraciones.

BIBLIOGRAFIA

1. Newburger Jane W. et al: Diagnosis, Treatment, and Long-Term Management of Kawasaki Disease: A Statement for Health Professionals From the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease, Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association. PEDIATRICS Vol. 114 No. 6 December 2004
2. Impallomeni Roberta, et al: Infliximab administration effective in the treatment of refractory Kawasaki Disease. *Pediatr Allergy Immunol* 2010; 21: 1091–1092
3. Ja-Young Hwang, et al: Assessment of intravenous immunoglobulin non-responders in Kawasaki disease *Arch Dis Child* 2011;96:1088–1090.
4. Quezada-Chavarría Gonzálo et al: Enfermedad de Kawasaki. Análisis de 17 casos. *RevMedInstMex Seguro Soc* 2009; 47 (1): 61-64
5. Sotelo Norberto, et al: Enfermedad de Kawasaki • *RevMexPediatr* 2001; 68(5); 189-195
6. Entesar Husain et al: Kawasaki Disease in Association with Urinary Tract Infection VOLUME 48 OCTOBER 17, 2011
7. Yuichi Nomura, et al: Kawasaki disease patients with six principal symptoms have a high risk of being a non-responder. *Pediatrics International* (2012) 54, 14–18
8. Ho-Chang Kuo, et al: Serum albumin level predicts initial intravenous immunoglobulin treatment failure in Kawasaki disease. *ActaPædiatrica/ActaPædiatrica* 2010 99, pp. 1578–1583
9. Hiroyuki Suzuki, et al: Marker of T-cell activation is elevated in refractory Kawasaki disease. *Pediatrics International* (2010) 52, 785–789
10. Ming-Yii Huang, et al: Acute-Phase Reactants and a Supplemental Diagnostic Aid for Kawasaki Disease. *PediatrCardiol* (2010) 31:1209–1213
11. Park Yong Won, et al: Epidemiological features of Kawasaki disease in Korea, 2006–2008. *Pediatrics International* (2011) 53, 36–39
12. Cabral Marta, et al: Incomplete Kawasaki disease in a young infant: diagnostic challenges. *Actareumatol port.* 2011;36:304-308
13. Taliha Öner, et al: An observational study on peripheral blood eosinophilia in Kawasaki disease. *AnadoluKardiyolDerg* 162 2012; 12: 160-4

14. Mayumi Yashiro, et al: Late Intravenous Immunoglobulin Treatment in Patients With Kawasaki Disease PEDIATRICS Volume 129, Number 2, February 2012.
15. Deane Yim, et al: Coronary Artery Dilatation in Toxic Shock-Like Syndrome: The Kawasaki Disease Shock Syndrome. *PediatrCardiol* (2010) 31:1232–1235
16. Xuefeng B Ling, et al: A diagnostic algorithm combining clinical and molecular data distinguishes Kawasaki disease from other febrile illnesses. *BMC Medicine* 2011, 9:130.
17. Del Angel Aguilar Alejandro, et al: Enfermedad de Kawasaki, experiencia en un hospital de segundo nivel. *Revista de Enfermedades Infecciosas* Vol. XXI no. 87. Enero febrero 2009: 70-76.
18. Gil Veloz Mariana, et al: Enfermedad de Kawasaki: comportamiento clínico y complicaciones cardiovasculares en niños atendidos en un hospital de tercer nivel. *ArchCardiolMex.* 2009;79(1):11-17
19. Diemond Hernández Juan Bernardo, et al. *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome MucocutáneoLinfonodular (Enfermedad de Kawasaki)*. México; Secretaria de Salud, 2010. 1-53.
20. Jorge Luis Cervantes-Salazar, et al: Enfermedad de Kawasaki, conceptos sobre la cirugía de revascularización coronaria en edad pediátrica. *ArchCardiolMex.* Vol. 76 No. 1/Enero-Marzo 2006:75-79

ANEXO 1

INSTRUMENTO

RECOLECCIÓN DE VARIABLES

Nombre_____

Edad_____

Género: M_____ F_____

SINTOMATOLOGIA CLINICA

SINTOMATOLOGIA	PRESENTE	AUSENTE
FISURA EN LABIO		
FISURA EN BOCA		
PIEBRE		
HIPEREMIA CONJUNTIVAL		
ADENOPATIA CERVICAL		
EXANTEMA POLIMORFO		
ERITEMA PALMAR		

EXAMENES DE LABORATORIO REPORTADOS:

Bh_____

VSG_____

PCR_____

ELECTROLITOS_____

PRUEBAS HEPATICAS_____

INSTRUMENTO

RECOLECCIÓN DE VARIABLES

Nombre_____

Edad_____

Género: M_____ F_____

SINTOMATOLOGIA CLINICA

SINTOMATOLOGIA	PRESENTE	AUSENTE
FISURA EN LABIO		
FISURA EN BOCA		
FIEBRE		
HIPEREMIA CONJUNTIVAL		
ADENOPATIA CERVICAL		
EXANTEMA POLIMORFO		
ERITEMA PALMAR		

EXAMENES DE LABORATORIO REPORTADOS:

Bh_____

VSG_____

PCR_____

ELECTROLITOS_____

PRUEBAS HEPATICAS_____