Guía Clínica: Diagnóstico, Manejo y Seguimiento de la Enfermedad de Kawasaki

Pauta estandarizada basada en la evidencia adaptada a la práctica pediátrica venezolana

Autor Principal: Dr. Fidel Ernesto Echeverría Nava (Pediatra - Cardiólogo Infantil)

Fecha de Elaboración: Octubre 2026 | **Código:** SVPP-GC-CV-2026-04

RESUMEN EJECUTIVO Y FISIOPATOLOGÍA VASCULAR

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis necrotizante sistémica aguda mediada inmunológicamente que lesiona predominantemente arterias de mediano calibre, con marcado tropismo sobre el árbol coronario. Afecta principalmente a menores de 5 años y representa la causa primaria de cardiopatía adquirida en niños a escala global. El proceso patogénico inicia con una respuesta inmunitaria innata y adaptativa hiperreactiva frente a antígenos ambientales o infecciosos en pacientes genéticamente predispuestos, desencadenando infiltración masiva de neutrófilos y linfocitos T en la íntima y adventicia de los vasos. Dicha cascada inflamatoria provoca la destrucción progresiva de la lámina elástica interna, debilitamiento de la pared vascular y la consiguiente formación de ectasias y aneurismas arteriales coronarios (AAC) en hasta el 25% de los pacientes no tratados oportunamente.

La administración inmediata de Inmunoglobulina Humana Intravenosa (IGIV) a dosis de 2 g/kg en infusión continua junto con Ácido Acetilsalicílico (AAS) antes del décimo día de evolución febril abate la tasa de dilataciones y aneurismas a menos del 4%. Este documento estandariza los criterios diagnósticos, optimiza el abordaje del Kawasaki incompleto y refractario, establece el flujograma de decisión cardiológica y especifica las rutas de abastecimiento farmacológico y centros diagnósticos en la República Bolivariana de Venezuela.

Objetivos de la Guía Institucional:
1 . Estandarizar la pesquisa clínica precoz reduciendo el retraso diagnóstico territorial. 2. Establecer esquemas terapéuticos validados y pautas de segunda línea ante refractariedad. 3. Guiar el monitoreo ecocardiográfico longitudinal mediante Z-score coronario.

SISTEMA DE CLASIFICACIÓN: NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN SVPP

Nivel	Criterio Metodológico de Clasificación (Metodología SVPP)
1++	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados (ECA) o ECA con muy bajo riesgo de sesgos.
1+	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ECA o ECA con bajo riesgo de sesgos.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles; estudios con muy bajo riesgo de sesgo o confusión.
2+	Estudios de cohortes o casos y controles bien realizados, con bajo riesgo de sesgo y moderada probabilidad causal.
3 / 4	Estudios no analíticos (series de casos, reportes de casos) / Opinión formal de comités de expertos y consensos.

Grado	Definición de Recomendación Clínica
Grado A	Basado en al menos un metaanálisis, RS o ECA calificado como 1 ++ aplicable; o cuerpo de evidencia consistente calificado como 1 +.
Grado B	Estudios calificados como 2++ directamente aplicables a la población pediátrica, o evidencia extrapolada de 1 ++ o 1 +.
Grado C	Estudios clasificados como 2+ con consistencia de resultados, o evidencia extrapolada desde estudios 2++.
Grado D	Nivel de evidencia 3 o 4, consensos de paneles de expertos de sociedades científicas, o extrapolaciones de nivel 2+.

1. JUSTIFICACIÓN Y DESAFÍOS CLÍNICOS EN VENEZUELA

En Venezuela, el diagnóstico oportuno de la Enfermedad de Kawasaki enfrenta retos epidemiológicos singulares. La coexistencia endémica de infecciones arbovirales (dengue, chikungunya, zika), cuadros exantemáticos infecciosos (sarampión, rubéola, parvovirus B1 9) y sepsis bacterianas genera con frecuencia solapamiento de signos clínicos o diagnósticos tardíos. La dispersión territorial y la variabilidad en la disponibilidad inmediata de pruebas de alta complejidad exigen consolidar un criterio clínico-analítico sólido que permita una sospecha inmediata e interrupción de la progresión hacia ectasias o aneurismas coronarios.

> **Alerta Pediátrica:** Todo lactante menor de 1 año con síndrome febril inexplicable de 5 o más días de duración debe ser evaluado rigurosamente para descartar Kawasaki Incompleto, incluso ante la ausencia de la totalidad de signos exantemáticos o mucosos clásicos.

2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: PRESENTACIÓN CLÁSICA VS. INCOMPLETA

Criterios Clásicos (AHA / SVPP)

Fiebre persistente ≥ 5 días (criterio cardinal) sumada a al menos **4 de los 5 signos clínicos:**

1. **Inyección conjuntival bilateral:** Bulbar, no exudativa, sin dolor ni supuración ocular.
2. **Cambios labiales y orofaríngeos:** Eritema marcado, queilitis fisurada sangrante, eritema faríngeo difuso, lengua en frambuesa.
3. **Exantema polimorfo:** Troncal o generalizado, maculopapular, eritematoso difuso o escarlatiniforme; sin vesículas.
4. **Cambios en extremidades:** Agudo: eritema de palmas/plantas y edema indurado de manos/pies. Subagudo: descamación periungueal.
5. **Linfadenopatía cervical aguda:** Generalmente unilateral, diámetro ≥ 1 ,5 cm, no fluctuante.

Sospecha de Kawasaki Incompleto

Frecuente en lactantes < 1 2 meses y escolares > 5 años. Se sospecha con **fiebre ≥ 5 días** y 2 o 3 criterios clínicos clásicos compatibles, evaluando parámetros de laboratorio:

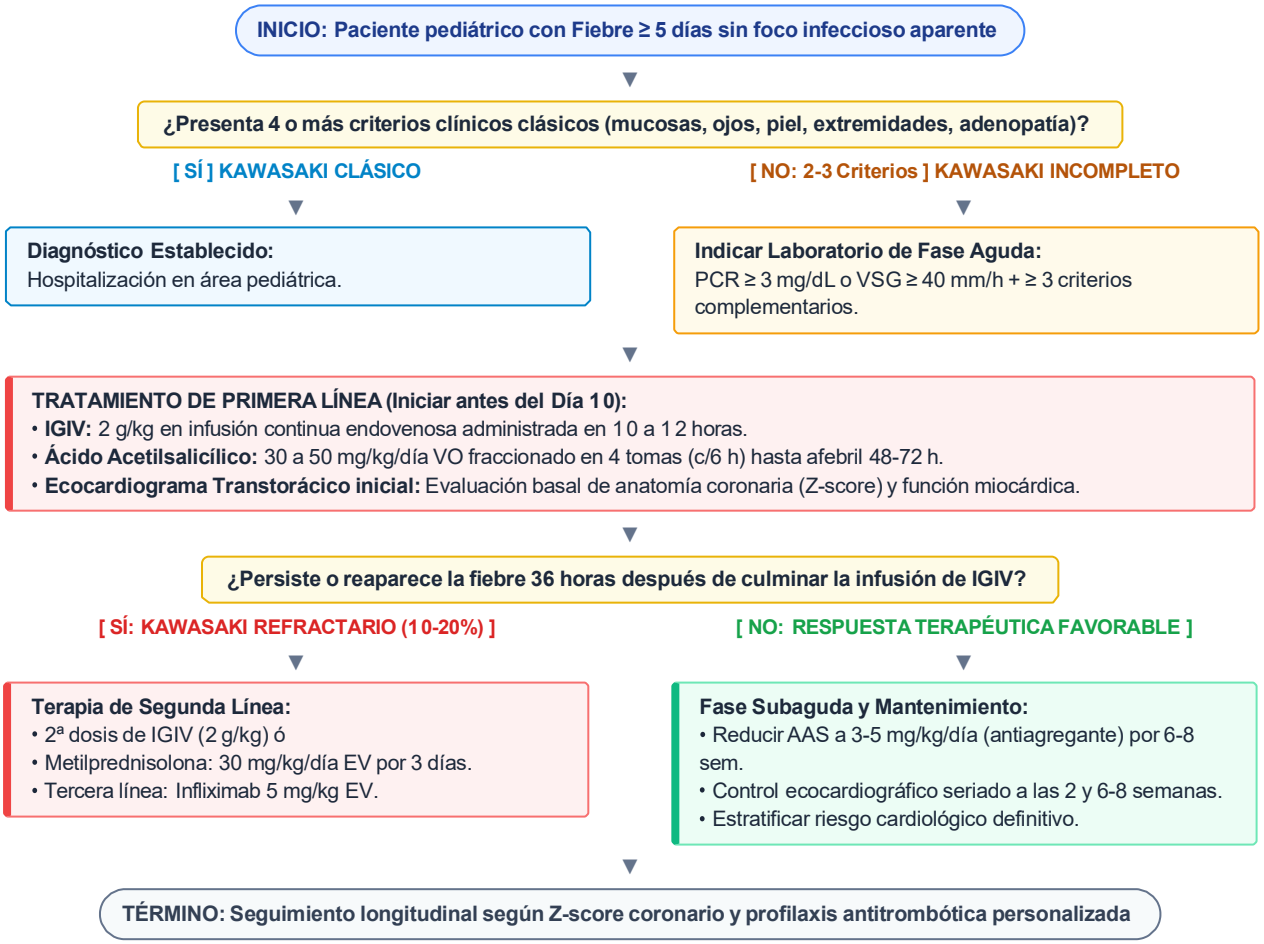
- **Reactantes inflamatorios elevados:** PCR ≥ 3,0 mg/dL (o 30 mg/L) y/o VSG ≥ 40 mm/h.
- **Requiere ≥ 3 criterios de laboratorio de apoyo:**
  - Anemia normocítica normocrómica para edad.
  - Plaquetas > 450.000/µL (después del día 7 de evolución).
  - Leucocitosis global ≥ 1 5.000/µL o neutrofilia.
  - Hipoalbuminemia ≤ 3,0 g/dL.
  - Elevación de ALT/AST > 40 U/L.
  - Leucocituria estéril ≥ 1 0 leucocitos/campo en orina.

3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL SISTÉMICO

Entidad Clínica	Signos Distintivos y Comparativos	Estudio de Apoyo Diferencial
Dengue / Arbovirosis	Fiebre alta bifásica, mialgias intensas, exantema en "islas blancas en mar rojo", trombocitopenia temprana, leucopenia.	Hematología (hemoconcentración), prueba NS1 / Serología IgM específica.
Escarlatina (Streptococcus A)	Exantema micropapular en papel de lija, líneas de Pastia, faringoamigdalitis purulenta exudativa. Responde a penicilina.	Hisopado faríngeo para test rápido o cultivo, títulos de ASTO.
PIMS-TS / SIM-C (Post-COVID)	Afectación multiorgánica severa, shock cardiogénico temprano, elevación desproporcionada de troponinas, pro-BNP y dímero D.	Ferritina sérica, dímero D, troponina I, ecocardiograma con severo daño contráctil.
Artritis Idiopática Juvenil (sAIJ)	Fiebre en agujas diaria que desciende a la normalidad, exantema evanescente asalmonado durante picos febriles, hepatoesplenomegalia.	Ferritina marcadamente elevada (> 1 000 ng/mL), ausencia de respuesta a IGIV.

ALGORITMO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO ESTANDARIZADO (SVPP)

Simbología normativa SVPP: *Óvalo* (inicio/término), *Rombo* (decisión clínica), *Rectángulo* (procedimiento/intervención):



PUNTOS CRÍTICOS DE ACCIÓN

- **No esperar resultados complementarios para tratar:** Ante sospecha confirmada con criterios clásicos, iniciar de inmediato IGIV y AAS sin diferir por la realización del ecocardiograma Nivel 1 ++ Grado A .
- **Monitorización de la infusión:** Control estricto de signos vitales cada 15-30 minutos en las dos primeras horas de infusión de IGIV para prevenir reacciones anafilactoides o sobrecarga de volumen.

1. TERAPIA CONVENCIONAL DE PRIMERA LÍNEA

El objetivo esencial del tratamiento durante los primeros diez días del inicio febril es yugular el proceso inflamatorio vascular endotelial y prevenir el desarrollo de aneurismas en las arterias coronarias.

Inmunoglobulina Intravenosa (IGIV)

- **Dosis:** 2 g/kg de peso administrados en infusión intravenosa única Nivel 1++ Grado A .
- **Tiempo de infusión:** 10 a 12 horas continuas con bomba de infusión.
- **Mecanismo:** Modulación de receptores Fc, neutralización de citoquinas inflamatorias y protección endotelial.
- **Ventana terapéutica:** Máxima eficacia dentro de los primeros 10 días. Si persiste fiebre o signos inflamatorios pasados los 10 días, debe administrarse igualmente.

Ácido Acetilsalicílico (AAS)

- **Fase antiinflamatoria (Aguda):** 30 a 50 mg/kg/día por vía oral divididos en 4 dosis (cada 6 horas) Nivel 1+ Grado A . Mantener hasta 48-72 horas tras cese de fiebre.
- **Fase antiagregante (Convalecencia):** Reducir a 3 a 5 mg/kg/día en dosis única matutina Nivel 1+ Grado A .
- **Duración:** 6 a 8 semanas si el ecocardiograma descarta anomalías en arterias coronarias.

2 MANEJO DE LA ENFERMEDAD DE KAWASAKI REFRACTARIA (10% A 20%)

Se define resistencia a la IGIV ante la persistencia o reaparición de fiebre (temperatura axilar ≥ 38,0 °C) entre las 36 horas y 7 días posteriores al término de la primera dosis de IGIV.

- **Opción A (Segunda Infusión de IGIV):** 2 g/kg en infusión única de 10 a 12 horas. Recomendada formalmente en la mayoría de consensos Nivel 2++ Grado B .
- **Opción B (Pulsos de Corticoides):** Metilprednisolona intravenosa a dosis de 30 mg/kg/día (máximo 1 g/día) administrada en infusión de 2 a 3 horas durante 3 días consecutivos, seguida de prednisona oral en pauta descendente Nivel 2++ Grado B .
- **Terapia Biológica (Casos graves o resistentes a 2ª línea):** Infliximab (anticuerpo monoclonal anti-TNFα) a dosis de 5 mg/kg en infusión endovenosa lenta de 2 horas Nivel 2+ Grado C .

3. ADVERTENCIAS DE SEGURIDAD E INTERACCIONES RELEVANTES

Riesgo de Síndrome de Reye: El uso prolongado de AAS en niños exige vigilancia ante infecciones virales intercurrentes, en especial Influenza y Varicela. Se debe indicar vacunación anual antigripal (con vacuna inactivada) a partir de los 6 meses de edad en todo paciente bajo régimen prolongado con AAS. Ante cuadro activo de influenza o varicela, rotar transitoriamente a dipiridamol o clopidogrel para prevenir el Síndrome de Reye.

Fármaco / Intervención	Efecto o Interacción	Conducta Recomendada
Ibuprofeno	Antagoniza de forma competitiva el sitio de unión del AAS a la COX-1 plaquetaria, anulando su efecto protector antiagregante.	**Evitar su uso concurrente con AAS.** Como antipirético adicional emplear paracetamol/acetaminofén.
Vacunas a Virus Vivos (SRP, Varicela)	Los anticuerpos pasivos administrados con la IGIV inhiben la respuesta inmunogénica y replicación vacunal.	**Diferir la administración de vacunas de virus atenuados durante 11 meses** tras recibir IGIV.

1. DISPONIBILIDAD FARMACÉUTICA Y ADQUISICIÓN EN VENEZUELA

La disponibilidad de insumos hemoderivados e inmunomoduladores en el país requiere conocimiento de las rutas públicas e institucionales de abastecimiento para garantizar el tratamiento dentro de la ventana de 10 días:

Genérico	Nombres Comerciales	Presentaciones	Vías de Obtención y Puntos de Acceso (Venezuela)
Inmunoglobulina Humana Normal EV	Flebogamma®, Privigen®, Octagam®, Intraglobin®	Frascos ampolla al 5% y 10% (viales de 2.5 g, 5 g y 10 g)	• **Fundación BADAN Nacional:** Sede principal Los Cortijos (Caracas) y sucursales en todo el país (badan.org). • **IVSS (Farmacia de Alto Costo):** Sede Los Ruices (Caracas) y representaciones regionales. • Farmacias especializadas / Proveedurías hospitalarias.
Ácido Acetilsalicílico	Aspirina®, Coraspirina®, Cardipirina®, Ecotrin®	Comprimidos de 81 mg, 100 mg y 500 mg	Disponibilidad amplia en red de farmacias comunitarias públicas y privadas.
Metilprednisolona	Solu-Medrol®, Cryometasona®	Frascos liofilizados 40 mg, 125 mg, 500 mg, 1 g	Dispensación en farmacias hospitalarias de agudos, Fundación BADAN y farmacias comerciales.
Infliximab	Remicade®, Remsima®	Frasco ampolla de 100 mg (polvo para solución)	Gestión institucional a través del Programa Nacional de Medicamentos de Alto Costo del IVSS y Fundación BADAN.

2 CENTROS HOSPITALARIOS DE REFERENCIA CARDIOLÓGICA PEDIÁTRICA

Pacientes con ecocardiograma dudoso, compromiso valvular, aneurismas coronarios tempranos o refractariedad clínica deben ser canalizados de inmediato a centros con cardiología pediátrica y cuidados intensivos:

Región Capital y Central

- **Hospital Cardiológico Infantil Latinoamericano "Dr. Gilberto Rodríguez Ochoa" (Caracas):** Centro nacional de referencia quirúrgica y hemodinámica pediátrica. Dispone de Angio-TC multicorte y resonancia magnética cardiovascular infantil.
- **Hospital de Niños "J.M. de los Ríos" (Caracas):** Servicio de Cardiología Infantil "Dr. Gilberto Rodríguez Ochoa" y Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.
- **Hospital Universitario de Caracas (HUC):** Cardiología Infantil y Hemodinamia.
- **Hospital de Niños "Dr. Jorge Lizarraga" (Valencia, Edo. Carabobo):** Centro de referencia para el centro-occidente del país.

Regiones Occidente, Oriente y Guayana

- **Hospital de Especialidades Pediátricas / SAHUM (Maracaibo, Edo. Zulia):** Referencia del occidente para ecocardiografía avanzada y unidad de terapia intensiva.
- **Hospital Pediátrico "Dr. Agustín Zubillaga" (Barquisimeto, Edo. Lara):** Evaluación cardiológica e inmunológica pediátrica.
- **Hospital "Dr. Rafael Tobías Guevara" (Barcelona, Edo. Anzoátegui):** Unidad pediátrica de tercer nivel oriente.
- **Hospital "Dr. Raúl Leoni" (San Félix, Edo. Bolívar):** Centro de atención y referencia para el sur del país.

3. INDICACIONES PARA TOMOGRAFÍA (ANGIO-TC) Y RESONANCIA CARDÍACA

Angio-TC Coronario prospectivo: Indicado en pacientes con ecocardiografía que reporte aneurismas gigantes (Z-score ≥ 10 o > 8 mm) o en casos donde la ventana acústica transtorácica sea insuficiente para caracterizar los trayectos distales coronarios. En niños menores de 7 años coordinar con anestesiología pediátrica para sedación breve controlada Nivel 2++ Grado B .

1. ESTRATIFICACION DEL RIESGO CORONARIO A LARGO PLAZO (Z-SCORE)

Nivel de Riesgo	Dimensión Coronaria (Z-Score)	Terapia Farmacológica Continua	Control Ecocardiográfico
Nivel I	Sin afectación (Z-score < 2,0)	AAS antiagregante durante 6 a 8 semanas.	Basal, 2 semanas y a las 6-8 semanas.
Nivel II	Dilatación transitoria (Z-score 2,0 a 2,5)	AAS hasta normalización del calibre y reactantes.	Cada 6 meses durante el primer año.
Nivel III	Aneurisma pequeño (Z-score 2,5 a 5,0)	AAS a dosis antiagregante indefinidamente.	Cada 6 meses con prueba de esfuerzo en edad escolar.
Nivel IV	Aneurisma mediano (Z-score 5,0 a 1 0,0)	AAS ± segundo antiagregante (Clopidogrel).	Cada 3 a 6 meses; evaluación por hemodinamia.
Nivel V	Aneurisma gigante (Z-score ≥ 1 0 o ≥ 8 mm)	AAS + Anticoagulación oral (Warfarina / HBPM).	Monitoreo trimestral; Angio-TC o angiografía regular.

2. TRANSICION Y CUIDADOS A LARGO PLAZO EN PEDIATRIA

Puntos Clave para la Consulta de Niño Sano y Control Ambulatorio:

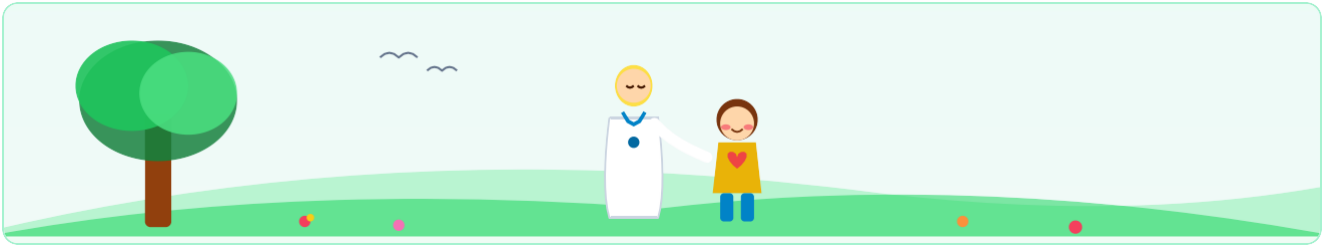
- **Estratificación activa:** Todo paciente debe egresar con su nivel de riesgo Z-score consignado claramente en la epicrisis médica.
- **Salud cardiovascular integral:** Promover estilos de vida cardiosaludables (normopeso, actividad física adaptada al nivel Z-score, perfil lipídico y tensión arterial anual).
- **Transición a la medicina del adulto:** Pacientes con aneurismas persistentes (niveles III a V) requieren transferencia estructurada a cardiología de adultos con historia coronaria detallada.

3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS (ACTUALIZADAS ≤ 5 AÑOS CONFORME A NORMATIVA SVPP)

1. McCrindle BW, Rowley AH, Newburger JW, Burns JC, Bolger AF, Gewitz M, et al. Diagnosis, Treatment, and Long-Term Management of Kawasaki Disease: A Scientific Statement for Health Professionals From the American Heart Association. *Circulation*. 201 7;1 35(1 7):e927-e999.
2. Hamada H, Suzuki H, Onouchi Y, Ebata R, Terai M. Clinical practice guideline for Kawasaki disease: 2020 update. *Pediatr Int*. 2022;64(1):e1 5011 .
3. Gorelik M, Chung SA, Ardalan K, Binstadt BA, Fallon L, Fuhlbrigge RC, et al. 2021 American College of Rheumatology/Vasculitis Foundation Guideline for the Management of Kawasaki Disease. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2022;74(4):538-548.
4. de Graeff N, Groot N, Ozen S, Eleftheriou D, Avcin T, Bader-Meunier B, et al. European consensus-based recommendations for the diagnosis and treatment of rare paediatric vasculitides - the SHARE initiative. *Rheumatology (Oxford)*. 201 9;58(4):656-671 .
5. Kobayashi T, Ayusawa M, Suzuki H, Abe J, Ito S, Kato T, et al. Revision of diagnostic guidelines for Kawasaki disease (the 6th revised edition). *Pediatr Int*. 2020;62(1 0):11 35-11 38.
6. Barrios T, Cardozo MA, López M. Manejo clínico de las vasculitis pediátricas: Recomendaciones y adaptaciones locales en Venezuela. *Arch Venez Pueric Pediatr*. 2023;86(2):45-52.
7. Rife E, Gedalia A. Kawasaki Disease: An Update. *Curr Rheumatol Rep*. 2020;22(1 0):75.
8. Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría. Pautas terapéuticas en patología cardiovascular pediátrica y uso racional de hemoderivados. *Arch Venez Pueric Pediatr*. 2024;87(1):1 2-20.

Enfermedad de Kawasaki: Guía Ilustrada para Padres y Cuidadores

Información clara, cálida y basada en evidencia para acompañar la recuperación de nuestros pequeños



1. ¿QUÉ ES LA ENFERMEDAD DE KAWASAKI Y QUÉ LE OCURRE A MI HIJO?

La enfermedad de Kawasaki es una inflamación temporal de las paredes de los vasos sanguíneos pequeños y medianos del cuerpo. Aunque los síntomas iniciales como la fiebre alta, las manchas en la piel y los ojos rojos pueden asustar mucho a la familia, **no es una infección contagiosa**: no se pega a otros hermanitos ni compañeros de guardería o escuela. Con el diagnóstico a tiempo y el tratamiento adecuado en el hospital, la gran mayoría de los niños se recupera por completo y vuelve a tener una vida llena de juegos y energía.

Los Síntomas que vimos en el Hospital

- **Fiebre rebelde:** Que duró 5 días o más y no bajaba con jarabes comunes.
- **Ojos enrojecidos:** Como una conjuntivitis, pero limpia y sin lagañas ni secreción espesa.
- **Labios y lengua muy rojos:** Labios partidos o secos y lengua rugosa como una fresa madura.
- **Manchas en el cuerpo:** Erupciones rojizas en el pecho, espalda o zona del pañal.
- **Hinchazón de manitas y pies:** Piel tirante y enrojecida que luego puede pelarse un poco.
- **Un bultito en el cuello:** Un ganglio inflamado a un costado de su cuellito.

¿Por qué cuidamos tanto el Corazón?

El mayor peligro de esta inflamación es que puede llegar a las pequeñas tuberías que alimentan el corazón de sangre y oxígeno (llamadas **arterias coronarias**).

Si no se tratan, estas arterias pueden debilitarse y formar pequeños abultamientos llamados *aneurismas*. Por eso, el pediatra y el cardiólogo infantil le hacen ecografías (ecocardiogramas) al corazón: para vigilar que esas arterias se mantengan sanas, firmes y del tamaño adecuado.

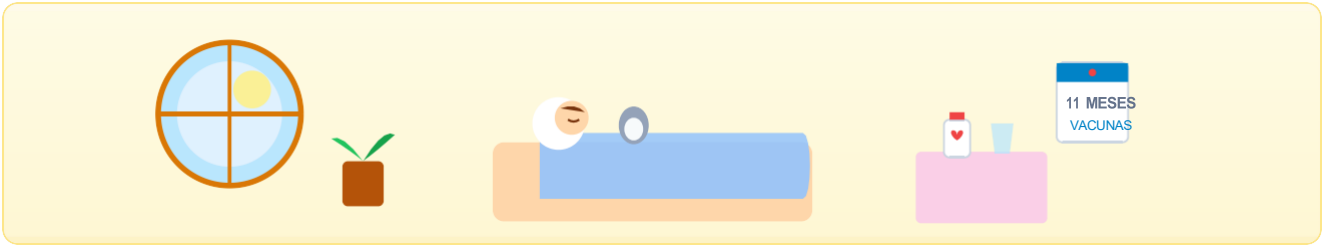
2 EL TRATAMIENTO QUE RECIBIÓ EN LA CLÍNICA U HOSPITAL

Durante su ingreso hospitalario, su hijo recibió un tratamiento especial diseñado para apagar el fuego de la inflamación de raíz:

1. **Inmunoglobulina Intravenosa (Gammaglobulina):** Un concentrado de defensas sanas administrado gota a gota por la vena durante medio día. Es el escudo protector que frena el daño coronario.
2. **Aspirina (Ácido Acetilsalicílico):** Al principio se dio en dosis más altas para combatir la inflamación y bajar la fiebre, y luego en una dosis pequeña diaria para evitar que se formen coágulos en sus arterias.

Alta Médica

Cuidados en el Hogar, Vacunas y Retorno a la Vida Diaria



1. GUÍA DE CUIDADOS ESENCIALES EN EL HOGAR

Toma de la Aspirina Diaria

- **Nunca suspenda la aspirina por su cuenta:** Es vital cumplir la dosis recomendada (usualmente por 6 a 8 semanas). Tómela siempre a la misma hora, preferiblemente con alimentos.
- **¿Qué hacer si vomita la medicina?** Si vomita dentro de los primeros 1 5 minutos, repita la dosis. Si pasa más tiempo, espere a la siguiente según indique su pediatra.
- **Descamación de deditos:** Es completamente normal que en las próximas semanas la piel de las manitas y pies se pele como una telita. No duele ni sangra; use crema hidratante suave.

Actividad Física y Escuela

- **Retorno escolar:** Podrá volver a sus clases cuando se encuentre sin fiebre, con buen ánimo y apetito recuperado (generalmente a los pocos días del alta).
- **Juegos y deportes:** Los niños con coronarias sanas no tienen ninguna restricción física. Si tienen algún aneurisma, el cardiólogo indicará qué actividades de impacto evitar temporalmente.
- **Informar a los maestros:** Explique a la maestra que el niño toma aspirina preventiva y que no padece ninguna enfermedad infecciosa.

MUY IMPORTANTE: VACUNAS Y REGLA DE LOS 11 MESES

Debido a la inmunoglobulina recibida en el hospital, **se deben suspender durante 11 meses las vacunas vivas: SRP (Sarampión, Rubéola, Parotiditis) y Varicela**. Los anticuerpos de la medicina desactivarían la vacuna. Lleve siempre este informe a su centro de vacunación. *La vacuna antigripal (inactivada) sí está recomendada y debe colocarse.*

2 LISTA DE ALARMA: ¿CUÁNDO CONSULTAR DE INMEDIATO A URGENCIAS?

- **Reaparición de la fiebre:** Temperatura axilar mayor a 38 °C.
- **Quejas de dolor en el pecho** o llanto inconsolable en lactantes.
- **Cansancio extremo o palidez:** Dificultad para respirar al jugar.
- **Vómitos continuos o dolor abdominal intenso.**
- **Sangrado anormal:** Moretones grandes espontáneos o sangrado de encías.
- **Contacto con varicela o gripe:** Para valorar rotar la aspirina temporalmente.