

COMPORTAMIENTO CLÍNICO Y SEQUELAS DE LA COVID-19 EN NIÑOS

CLINICAL BEHAVIOR AND SEQUELS OF COVID-19 IN CHILDREN

Dra. Elizabeth Bogdanowicz

Médica Infectóloga Pediatra . Hospital de Clínicas José de San Martín. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires . Sociedad Argentina de Pediatría.

COMPORTAMIENTO DE LA COVID-19 EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA

La enfermedad producida por el SARS-CoV2 que ha producido a finales de noviembre 2021 un total de 261,075,046 millones de casos y 5,195,138 de muertes en el mundo, tiene algunas características particulares en la edad pediátrica (1).

Es bien conocido que los niños sanos padecen una enfermedad menos grave que los adultos, pero a medida que el número de niños afectados aumenta, también aumenta el número de casos graves que requieren internación y de fallecidos, especialmente entre los niños con enfermedades crónicas severas de base.

Buscando homologar criterios, podemos enunciar las características de los cuadros clínicos vinculados con la COVID-19 (2) en la población pediátrica:

Infección asintomática (infección silente): ocurre en niños con prueba positiva para SARS-CoV-2, sin síntomas clínicos sistémicos o respiratorios y si alteraciones radiológicas.

Enfermedad leve: se caracteriza por producir en los niños únicamente síntomas de compromiso de la vía aérea superior.

Enfermedad característica: los niños que presentan síntomas y cumplen con la definición de casos de COVID-19 tienen: síntomas inespecíficos: fiebre, fatiga, tos, odinofagia, malestar general, dolores musculares, congestión nasal, cefalea y menos frecuentemente disnea. Y síntomas gastrointestinales: diarrea, náuseas y vómitos, más frecuentes en menores de 5 años.

La mayoría de los niños con esta sintomatología se recupera en una a dos semanas.

Enfermedad moderada: se expresa como neumonía en niños y adolescentes, que habitualmente no presentan requerimientos de oxígeno.

Enfermedad grave: se caracteriza por una serie de hallazgos clínicos y de laboratorio (3) que se detallan en la tabla 1.

Los factores de riesgo asociados a la severidad de la enfermedad fueron: la edad (menor de 3 meses), cardiopatía congénita, enfermedad pulmonar crónica, inmunosupresión, enfermedad oncológica, malnutrición y enfermedad neurológica previa.

En un estudio multicéntrico (4) que recopiló

RESUMEN

La COVID 19 es una enfermedad que, habitualmente, no resulta grave en la edad pediátrica, excepto en niños con comorbilidades significativas subyacentes. Es muy importante reconocer los cuadros post COVID, como el síndrome inflamatorio multisistémico (SIM-C) y la COVID-19 prolongada o long COVID que pueden afectar de manera significativa a la población de niños y adolescentes. La pandemia COVID-19 también ha tenido un fuerte impacto en los aspectos sociales, emocionales y nutricionales. El aislamiento prolongado impactó en los controles de salud de niños y adolescentes con enfermedades crónicas y las coberturas de las vacunas de calendario disminuyeron significativamente. Es claro que la vacunación contra el SARSCov-2 en niños, niñas y adolescentes no sólo busca cuidar de su salud; también busca preservar la vida social y presencialidad escolar, reducir el riesgo de los cuadros post COVID-19 y mejorar la inmunidad de rebaño de la población general.

Palabras claves: COVID-19, síndrome inflamatorio multisistémico asociado a COVID-19, COVID prolongado, vacunación contra COVID-19.

ABSTRACT

COVID-19 is a disease that is not usually serious in children, except in children with significant underlying comorbidities. It is very important to recognize post-COVID conditions such as multisystem inflammatory syndrome (SIM-C) and prolonged COVID - 19 or long COVID, which can significantly affect the population of children and adolescents. The COVID -19 pandemic has also had a strong impact on social, emotional, and nutritional aspects. Prolonged isolation had an impact on health checkups for children and adolescents with chronic diseases, and coverage of scheduled vaccinations decreased significantly. It is clear that vaccination against SARSCov-2 in children and adolescents not only seeks to take care of their health, it also seeks to preserve social life and school presence, reduce the risk of post-COVID-19 conditions and improve herd immunity in the general population.

Keywords: COVID-19, multisystem inflammatory syndrome temporally associated with COVID-19, long COVID, vaccination against COVID-19.

Tabla 1. Hallazgos clínicos y de laboratorio de la enfermedad grave por SARSCov2 en pediatría.

Hallazgos clínicos y de laboratorio	Modalidad de expresión
Fiebre elevada y persistente	3 a 5 días
Alteración del estado de conciencia	Pobre respuesta a estímulos Letargo Alteraciones de la conciencia
Imagen radiológica	Infiltrados broncoalveolares uni o bilaterales, multilobares Derrame pleural
Acidosis metabólica inexplicable	Disminución en bicarbonato y aumento del déficit de base
Elevación anormal de enzimas	Miocárdicas, hepáticas y LDH
Shock	Datos clínicos de hipoperfusión. Lactato elevado

Modificado de: M Márquez-Aguirre (3) LDH: deshidrogenasa láctica

los datos de 19 centros pediátricos de referencia en Argentina, se evidenciaron las siguientes características clínicas y epidemiológicas sobre 2690 casos confirmados de COVID-19 durante el

Autor para correspondencia:

Elizabeth Bogdanowicz
elbogdan@gmail.com

primer año de la pandemia.

- La mediana de edad fue de 5,6 años (RIC: 1,3- 11,3 años); el 21,2% eran menores de 1 año, con una distribución equitativa por sexos.
- El 60,4% tenía antecedente de contacto con personas con infecciones respiratorias agudas y/o COVID-19 confirmada por laboratorio, mientras que el 96,6 % refirió que el contacto con caso confirmado de COVID-19 había ocurrido en el entorno familiar.
- El 59,4% (n = 1599) fue hospitalizado (RIC = 28,5-98,5%).
- El 23,4% de los casos tenían una o más comorbilidades y la enfermedad respiratoria fue la más frecuente (52,5%).
- El 5,6% de los casos se presentó inicialmente como infección respiratoria aguda baja (bronquiolitis 2,5% y neumonía 3,1%) y el 3,6% como Síndrome Inflamatorio Multisistémico (SIM-C).
- En relación con los casos hospitalizados: 7,4% (n = 114) fueron graves o críticos y de estos, el 84,2 % requirió oxígeno; el 24,5 % cuidados intensivos, y el 17,5 % asistencia respiratoria mecánica.

En Argentina, desde el inicio de la pandemia, fallecieron 256 niños, niñas y adolescentes, lo que representa una letalidad de 0,06 %. Los casos fallecidos mostraron una mediana de edad de 7 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron: enfermedad neurológica y oncológica previa (5).

CONFIRMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE COVID-19

La confirmación de un caso de COVID -19 requiere del apoyo del laboratorio para identificar la presencia del material genético del SARS -CoV2. En nuestro medio también se utiliza para el diagnóstico el criterio epidemiológico que se establece ante la presencia de síntomas en un paciente que es contacto estrecho de un caso confirmado.

Las pautas para confirmar un caso de COVID-19 son las siguientes:

- ✓ La prueba diagnóstica por laboratorio de SARS- CoV-2 debe realizarse en forma precoz, idealmente, en las primeras 24 horas de inicio de los síntomas.
- ✓ NO se recomienda esperar 48 a 72 horas para su realización debido a que el pico de la carga viral y la transmisibilidad ocurren cerca del momento del inicio de los síntomas.
- ✓ El diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 se realiza mediante dos metodologías: detección directa del genoma viral por técnicas

de biología molecular (RT-PCR, LAMP, etc.) y detección de antígenos virales.

- ✓ Se considera caso confirmado por laboratorio a todo aquel con resultado detectable independientemente de la prueba diagnóstica realizada.
- ✓ La muestra de elección para la realización de la prueba de PCR en niñas, niños y adolescentes (NNyA) es el hisopado nasofaríngeo.
- ✓ La confirmación por criterios clínico/epidemiológicos se aplica a aquellos NNyA sintomáticos que en los últimos 14 días hayan sido contactos estrechos con un caso confirmado o formen parte de un conglomerado de casos (comunidades cerradas, hogares, etc.), con al menos un caso confirmado por laboratorio.

CUADROS CLÍNICOS POST COVID-19 EN NNyA

En la población pediátrica se han descrito dos cuadros post COVID-19:

- El síndrome inflamatorio multisistémico relacionado temporalmente al COVID-19 (SIM-C).
- El COVID-19 prolongado, también conocido como *long*COVID.

El síndrome inflamatorio multisistémico temporalmente relacionado al COVID-19 (SIM-C) es una forma de presentación de especial relevancia descrita en NNyA y se le ha dado el nombre según la presentación clínica de síndrome de inflamación multisistémica asociado al COVID-19 (SIM-C) para la forma más inespecífica;

y de enfermedad de Kawasaki post COVID-19 o *Kawasaki-like* asociado al COVID-19 (KL-C) para la forma semejante al síndrome de Kawasaki (6) (Tabla 2).

La KL-C se presenta a mayor edad que la Enfermedad de Kawasaki, alrededor de los 9 años con un rango entre 6 a 12 años, con predominio en varones (la relación masculino/femenino es de 1,2/1). Es una enfermedad inmunomediada que se presenta 2 a 6 semanas después de haber padecido COVID-19, en alrededor del 0,1% de los infectados (8). Se caracteriza por tener un compromiso multisistémico, pudiendo ocurrir afectación del aparato cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal y sistema nervioso central. El mayor impacto ocurre a nivel del aparato cardiovascular, observándose afectación miocárdica e hipotensión que puede llegar al shock (9).

En el laboratorio se constata leucopenia con linfopenia, plaquetopenia, aumento de la VSG, la PCR y la ferritina y elevación de los marcadores de daño del miocardio.

El compromiso cardiovascular está claramente relacionado con la morbimortalidad vinculada al SIM-C y al KL-C y variantes atípicas de EK, tanto en la fase aguda como a largo plazo (10). Estas entidades pueden dejar secuelas irreversibles, por lo cual su reconocimiento e intervención inmediata son fundamentales para prevenirlas.

En Argentina se notificaron hasta noviembre 2021, 216 casos confirmados de SIM-C, 187 confirmados por laboratorio y 29 por criterio clínico-epidemiológico. Se encuentra registrado 1 fallecimiento (2).

El SIM-C puede ser una enfermedad seve-

Tabla 2. Principales diferencias entre la Enfermedad de Kawasaki (EK) y la Enfermedad de Kawasaki asociada a Covid-19 (EK-C)

Enfermedad de Kawasaki	Enfermedad de Kawasaki asociada a Covid-19
Afecta a niños menores de 5 años.	Afecta generalmente a niños mayores de 5 años con una media de 9,3 + 0,4 años.
Pocos síntomas digestivos.	Mayor sintomatología digestiva (dolor abdominal, vómitos, diarrea).
Pocos síntomas neurológicos.	Mayor afectación neurológica (cefalea, confusión mental, meningismo, déficits neurológicos focales o convulsiones) como forma de presentación inicial
Puede producir meningitis aséptica con moderada pleocitosis.	Compromiso cardíaco precoz y difuso.
Puede producir pancarditis durante la fase aguda con ritmo de galope, taquicardia, soplos por insuficiencia mitral o aórtica.	Se desarrollan signos de miocarditis y disfunción cardíaca con alteraciones en el ECG.
Presencia de shock en el 5% de los casos.	Presencia de shock en el 50 a 60 % de los casos.
Mejor respuesta al tratamiento con inmunoglobulinas.	Menor respuesta al tratamiento con inmunoglobulinas.
Mortalidad de 0.01%	Mortalidad de 1.7%

Modificado de: Ensinck y cols. (7). ECG: electrocardiograma

ra que requiere de internación. Los cuadros más graves presentan manifestaciones gastrointestinales, disfunción miocárdica, afectación coronaria y falla orgánica múltiple. En la tabla 3 se detallan los criterios diagnósticos del SIM-C.

Aproximadamente el 0.14 al 0.4 % de los SIM-C requieren ingreso en UCIP y presenta una mortalidad cercana al 1 al 2 % y la mayoría se recupera sin secuelas a los 6 meses de padecer la enfermedad (7).

En una serie publicada de 15 casos de SIM-C la miocarditis estuvo presente en un 75.3% sin documentarse ningún desenlace fatal (11).

Los aspectos más importantes que considerar en el tratamiento (7) de estos cuadros son:

- Monitorear la saturación de oxígeno (SpO₂) y administrar oxígeno suplementario cuando resulte necesario observando muy rigurosamente el uso de equipos de protección personal ante el riesgo de aerosolización de partículas virales. Cuando la SpO₂ esté entre 90 a 93% puede administrarse oxígeno con cánula nasal de bajo flujo. Según el grado de hipoxemia, en los casos más comprometidos puede llegar a utilizarse cánula nasal de alto flujo (CNAF), ventilación con presión positiva no invasiva (VPPNI), presión positiva continua en la vía aérea (CPAP), presión positiva de dos niveles (BiPAP) o ventilación mecánica invasiva en los casos más graves.
- Monitorear la tensión arterial, frecuencia cardíaca y perfusión periférica (relleno capilar, temperatura y coloración cutánea, calidad del pulso). Se indicarán soluciones isotónicas evaluando la respuesta durante la infusión y controlando la posibilidad de producir sobrecarga o disfunción miocárdica. Ante la falta de respuesta deberá considerarse el inicio de medicación inotrópica y/o vasoactiva.
- Monitorear el estado neurológico del paciente, particularmente el nivel de conciencia, el tamaño pupilar y el dolor.
- Inmunomodulación tanto frente a casos de SIM-C como de EK-C el tratamiento recomendado es la administración de gammaglobulina intravenosa (IGIV) en dosis de 2 g/kg de peso. Como fármacos de segunda línea se describe el uso de corticoides y ácido acetilsalicílico (AAS).
- Los corticoides están indicados en pacientes con formas moderadas, indicando metilprednisolona por vía IV en dosis de 1-2 mg/kg/día durante 3-5 días. En aquellos casos que requieren un tratamiento de 6 o más días, o presentan signos clínicos de persistencia de fenómenos inflamatorios o marcadores biológicos de inflamación elevados, se continuará con prednisona oral y

Tabla 3. Criterios diagnósticos del síndrome inflamatorio multisistémico temporalmente relacionado al Covid-19.

Niños y adolescentes de 0 a 18 años con fiebre mayor a 3 días más dos de los siguientes criterios
<ul style="list-style-type: none"> a) Erupción cutánea o conjuntivitis bilateral no purulenta o signos de inflamación mucocutánea (oral, manos o pies) b) Hipotensión o shock c) Características de disfunción miocárdica, pericarditis, valvulitis o anomalías coronarias (incluidos los hallazgos ecográficos o elevación de Troponina / NT-proBNP) d) Evidencia de coagulopatía (elevación de PT, PTT, Dímero-D) e) Síntomas gastrointestinales agudos (diarrea, vómitos o dolor abdominal)
Más:
Marcadores elevados de inflamación, como eritrosedimentación, proteína C reactiva o procalcitonina.
Más:
Ninguna otra causa evidente de inflamación (incluida la sepsis bacteriana, síndromes de shock estafilocócicos o estreptocócicos).
HAY QUE RECORDAR que el diagnóstico se corrobora con evidencia de infección de COVID-19 confirmada por:
<ul style="list-style-type: none"> • test de PCR-TR para COVID-19 • prueba de antígeno • serología positiva
o
<ul style="list-style-type: none"> • posible contacto estrecho con COVID-19

reducción progresiva en 2-3 semanas. En las formas KC-L se asociarán siempre corticoides con IGIV debido a la respuesta limitada a esta última.

- El AAS se utilizará junto con la IGIV en dosis antiinflamatorias de 80-100 mg/kg/día cada 6 u 8 horas vía oral (VO) (dosis máxima 500 mg cada 6 horas o 2 g/día VO), hasta constatar 48 horas de apirexia y con reactantes inflamatorios en descenso. Posteriormente, se recomienda continuar con AAS en dosis antiagregante (3-5 mg/kg/día en una dosis diaria VO).

El COVID prolongado o long COVID es un complejo sintomatológico multi-orgánico que afecta a aquellos pacientes que han padecido COVID-19 y que persisten con síntomas de 4 a 12 semanas después del periodo agudo de la enfermedad o incluso puede ocurrir después de una infección asintomática (12). No hay una definición universalmente consensuada para esta entidad ya que se trata de un conjunto heterogéneo de síntomas en continua investigación y con escasa evidencia disponible hasta el momento (13). Lo más común es la persistencia de por lo menos un síntoma como fatiga o disnea al menos 3 meses después del inicio de los síntomas.

La incidencia de este cuadro varía entre el 10 y el 17% y puede ocurrir en todas las edades, incluso en NNyA (14), con predominio en la edad mediana de la vida con menor impacto en la edad pediátrica.

La etiopatogenia de esta entidad aún no está del todo determinada. Las principales hipótesis son la persistencia del virus, la persistencia

de la tormenta inflamatoria y la alteración de la inmunidad (15).

El diagnóstico del COVID prolongado es un verdadero desafío, ya que se han descrito más de 200 signos y síntomas (12), los cuales pueden fluctuar y producir un gran impacto en la vida diaria, e incluso ser invalidantes y disruptivos. Algunos de ellos empeoran con el esfuerzo físico y mental, generando consecuencias físicas, psicológicas y socioemocionales (13).

Los signos y síntomas de Long COVID son:

- Fatiga persistente, menor rendimiento de energía con cambios en niveles de actividad física e intolerancia al ejercicio
- Disnea
- Tos persistente
- Cambios de humor y apetito
- Sueño, insomnio
- Confusión mental, falta de concentración
- Afectación de la memoria a corto plazo
- Erupciones cutáneas
- Cefalea, mialgias, dolores articulares y musculares
- Disfunción del olfato y gusto
- Caída de cabello
- Afectación cardíaca
- Afectación gastrointestinal

De todo estos síntomas y signos, los más frecuentes son la fatiga y las manifestaciones respiratorias.

- La fatiga está descrita como una sensación de cansancio excesivo; como un agotamiento implacable y constante que produce falta de energía, de motivación y altera la capacidad de concentración de una persona.

- Las manifestaciones respiratorias más frecuentes son la disnea, la tos crónica y el dolor torácico.

La disnea es la sensación subjetiva de falta de aire, acompañada o no de un aumento del esfuerzo respiratorio. Puede aparecer tanto en pacientes que cursaron COVID leve, moderado o grave y puede cuantificarse según la edad del de distintas formas con diferentes escalas (16). Las causas de la disnea pueden ser de origen respiratorio o extra respiratorio:

• Causas respiratorias:

Hipoxemia que puede estar presente en reposo o ante el esfuerzo. También se han descrito pacientes con episodios de hipoxemia breves, con rápida recuperación sin el hallazgo de una explicación fisiopatológica clara hasta el momento (17). Se cree que está relacionado con la neuroinmuno-inflamación y con vasoplejía vascular pulmonar. Para la correcta evaluación de estos pacientes se recomienda estudiarlos con un registro de oximetría de 24 h, AngioTAC pulmonar y evaluación cardiológica.

La **hiperreactividad bronquial post infecciosa** ocurre más frecuentemente con el ejercicio asociado a tos, sibilancias y espiración prolongada. Algunos de estos pacientes han sido sibilantes recurrentes o tienen asma bronquial. En estos casos se debe estudiar al paciente con test espirométrico de provocación con ejercicio.

Los **trastornos del patrón respiratorio** ocurren en pacientes que tuvieron una patología respiratoria grave con requerimientos de asistencia respiratoria mecánica (ARM) prolongada, con disminución de la motilidad diafragmática y uso de la musculatura inspiratoria del cuello que da lugar a una respiración superficial con fatiga y la percepción clara de disnea. Estos pacientes requerirán rehabilitación respiratoria para lograr recuperar el patrón respiratorio normal.

La **alteración neurosensorial post COVID** ocurre en general en pacientes que han cursado COVID incluyendo formas leves y que perciben una sensación de falta de aire sin alteraciones en su mecánica ventilatoria, sin hipoxemia y con auscultación normal. El paciente puede presentar disnea en forma intermitente. Se cree que la causa de este trastorno se relaciona con una afectación producida por el virus SARS-CoV-2 en las neuronas del sistema nervioso autónomo. No hay un tratamiento específico, pero es importante informar a los pacientes y a sus padres que este trastorno es un síntoma frecuente post COVID sin repercusión sobre la salud. El apoyo psicológico y el trabajo con el kinesiólogo pueden

ser de utilidad.

El **tromboembolismo pulmonar** ha sido descrito en el 26% de casos de pacientes adultos, en general con expresión grave de la enfermedad a nivel pulmonar donde produce inflamación excesiva, disfunción endotelial, activación plaquetaria. Si bien se han descrito casos en NNyA, el verdadero impacto en la población pediátrica aún no es del todo conocido.

Por último, también se ha visto la **consulta por disnea de esfuerzo** en pacientes pediátricos, especialmente con el regreso a la actividad física escolar. El sedentarismo extremo impuesto por la pandemia y la consiguiente falta de entrenamiento puede llevar a que los niños perciban falta de aire de forma exagerada al iniciar la actividad física. Es importante la valoración completa de estos niños para realizar un correcto diagnóstico diferencial con el fin de no someterlos a estudios innecesarios.

• Causas extra-respiratorias de la disnea son la anemia y acidosis metabólica.

Otros hallazgos frecuentemente descritos en pacientes con COVID prolongado son el dolor torácico y la tos.

El **dolor torácico** suele ser de aparición brusca y exacerbarse con la posición supina y con la actividad física. Este síntoma puede aparecer acompañado de disnea, taquipnea, taquicardia, frote pericárdico, soplo de reciente aparición, arritmias orientando a su **origen cardiovascular**, lo que señala la necesidad de una valoración cardiológica y neumonológica a la brevedad, tratando de diferenciar este síntoma del dolor muscular inespecífico, por lo que una buena anamnesis y un examen físico completos son prioritarios.

La **tos** ocurre muy frecuentemente después de haber padecido COVID. Se clasifica en tos post aguda cuando persiste por más de cuatro semanas y tos crónica si persiste más allá de 8 semanas. Puede ser productiva, especialmente cuando ocurren procesos sinusales o bronquiales crónicos post-infecciosos; o bien puede observarse una tos seca que se relaciona con una alteración neuro - inmuno - inflamatoria y que puede perdurar varios meses sin que se haya descrito hasta el momento un tratamiento efectivo para este cuadro. El uso de corticoides y antimuscarínicos en adultos no han tenido la respuesta terapéutica esperada.

En NNyA se recomienda mantener hábitos saludables, tratamiento fisioterápico, rehabilitación kinésica, prescripción gradual de ejercicio físico y apoyo psicoterápico (18).

OTROS EFECTOS DE LA PANDEMIA EN NNyA

Más allá de los cuadros clínicos descriptos, la pandemia causada por el SARS-Cov-2 ha tenido un fuerte impacto en otros aspectos de la vida de NNyA. Los efectos sobre la educación han sido devastadores. Muchos niños perdieron su vinculación con la escuela por el cierre prolongado de las mismas y también la educación a distancia ha exacerbado las inequidades socioeconómicas y culturales.

Las recomendaciones actuales sostienen que después de vacunar a los maestros, vacunar a los niños es la mejor estrategia para el cuidado de la presencialidad escolar. Esta estrategia no sólo brinda una herramienta más para el cuidado de la salud de NNyA y para lograr una inmunidad de rebaño más sólida, también contribuye al cuidado del potencial presencial laboral de los padres y su productividad.

Además, hemos visto aparecer y empeorar otras problemáticas, tales como:

- Pérdida de controles de rutina en NNyA con enfermedades crónicas
- Pérdida de coberturas de las vacunas de calendario.
- Falta de acceso a la salud sexual y reproductiva, con aumento de embarazos en adolescentes.
- Un fuerte impacto en la salud mental de NNyA. Los adolescentes fueron los más afectados por la pérdida de espacios de intimidad y autonomía y limitados encuentros con pares. A las propias complejidades de su momento vital, se sumaron dificultades para construir futuros en un contexto incierto, marcada ansiedad y en muchos casos depresión e ideación suicida.
- El aumento del desarrollo de los trastornos de los hábitos alimentarios empeorando el problema del manejo de la obesidad.
- El aumento de casos de maltrato infantil y violencia familiar.
- El aumento del consumo de alcohol y de sustancias ilícitas.

Ante este escenario tan complejo, la vacunación contra COVID-19 en NNyA se justifica ampliamente y se posiciona como una medida sanitaria racional que reconoce beneficios claros y concretos (10) (Tabla 4).

CONCLUSIONES

La COVID-19, en la mayoría de los casos, no es grave en pediatría y en más de la mitad de los casos se reconoce el contacto con personas sintomáticas en el ámbito familiar.

Los casos graves se asociaron claramente con las edades tempranas de la vida (menores de

6 meses) y con la presencia de comorbilidades.

Los cuadros de SIM-C, EK-C y COVID prolongado son situaciones que desafían al pediatra en su manejo y seguimiento, requiriendo, además, de un verdadero trabajo multidisciplinario.

La vacunación en NNyA resulta fundamental para disminuir la carga de enfermedad y sus secuelas en esta población, cuidar la presencialidad escolar y contribuir a la inmunidad de rebaño.

La autora declara no tener conflicto de interés.

Tabla 4. Beneficios de la vacunación contra Covid-19 en niños, niñas y adolescentes.

PROTECCIÓN CONTRA COVID-19
<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de la carga de enfermedad por COVID-19 en NNyA. • Beneficio claro para los niños con factores de riesgo de COVID-19. • Especial beneficio para los adolescentes tienen una mayor frecuencia de infección y carga de enfermedad que los niños más pequeños.
PROTECCIÓN CONTRA SIM-C
<ul style="list-style-type: none"> • Aún no hay datos sobre si la vacunación previene SIM-C.
PROTECCIÓN CONTRA COVID-19 PROLONGADO
<ul style="list-style-type: none"> • La incidencia de COVID-19 prolongado aún se debe determinar con precisión NNyA, como así también el impacto de la vacunación en la prevención de este cuadro.
PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN COMUNITARIA
<ul style="list-style-type: none"> • Los niños, incluso los niños pequeños, pueden transmitir SARS-CoV-2. • Es probable que la inmunidad colectiva no se pueda lograr sin vacunar niños y adolescentes. • Reducción del riesgo de aparición de nuevos casos de COVID-19. • Prevención del riesgo de transmisión de nuevas variantes de SARS-CoV-2 (por ejemplo, Delta). • Beneficio potencial indirecto considerable (p. Ej., apertura permanente de escuelas, clubes, centros de recreación) a los NNyA. • Disminución del número de casos en adultos jóvenes que son padres de los niños afectados.

REFERENCIAS

1. COVID-19 Weekly Epidemiological Update Edition 76 [Internet]. World Health Organization; c2022 [cited 2021Nov.]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---25-january-2022>
2. Manifestaciones clínicas de COVID-19 en Pediatría. Comité Nacional de Infectología. Arch. Argent. Pediatr 2020; Suplemento COVID: c23-c28
3. Márquez M, Gutiérrez A, Lizárraga S, López L, Muñoz C, Ventura S, y cols. Clinical spectrum of COVID-19 in the pediatric patient. Acta Pediatr Mex. 2020;41(Supl 1): S64-S71
4. Gentile A, Juárez M, Bollón L, Cancellara A, Pasinovich M, Brizuela M, y cols. Red de Pediatría COVID-19. Estudio multicéntrico de casos confirmados de COVID-19: datos preliminares de 2690 pacientes pediátricos en Argentina durante el primer año de la pandemia. Arch Argent Pediatr 2022;120(2):80-88
5. Nuevo Coronavirus Covid-19. Información, recomendaciones y medidas de prevención del Ministerio de Salud de la Nación. Información epidemiológica. Reportes diarios 2021 [Internet] Argentina: Ministerio de Salud de la Nación; c2021 [Citadonov. 2021]. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus/informacion-epidemiologica>
6. Álvarez MB, Espada G. Síndrome Infamatorio Multi Sistémico Asociado a COVID 19 en Pediatría. Rev Argent Reumat 2020; 31(4):20-24
7. Ensink G, Gregorio G, Flores R, Crowe C, Clerico Mosina P, Curi,C y cols. Consenso sobre el tratamiento del síndrome inflamatorio multisistémico asociado a COVID-19. Arch Argent Pediatr 2021;119(4):S198-S211
8. Parums D. Editorial: COVID-19 and Multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C). Med Sci Monit, 2021; 27: e933369 DOI: 10.12659/MSM.933369
9. Radia T, Williams N, Agraval P, Harman K, Weale J, Cook J, et al. Multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents (MIS-C): a systematic review of clinical features and presentation. Paediatr Respir Rev. 2021; 38: 51-57. Doi: 10.1016/j.prrv.2020.08.001
10. Consenso sobre el tratamiento del síndrome inflamatorio multisistémico asociado a COVID-19. Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo. Sociedad Argentina de Pediatría. Arch Argent Pediatr 2021;119(4):S198-S211
11. Sperotto F, Friedman KG, Son MBF, VanderPluym CJ, Newburger J, Drionne A, et al. Cardiac manifestations in SARS-CoV-2-associated multisystem inflammatory syndrome in children: a comprehensive review and proposed clinical approach. Eur J Pediatr. 2021; 180(2):307-22
12. Buonsenso D, Munblit D, De Rose C, Sinatti D, Ricchiuto A, Carfi A, et al. Preliminary evidence on long COVID in children. Acta Paediatr. 2021;110 (7):2208-2211. doi:10.1111/apa.15870
13. Shah W, Hillman T, Playford ED, Hishmeh L. Managing the long term effects of covid-19: summary of NICE, SIGN, and RCGP rapid guideline. BMJ. 2021;22;372: n136. doi: 10.1136/bmj. n136. PMID: 33483331
14. Ludvigsson JF. Case report and systematic review suggest that children may experience similar long-term effects to adults after clinical COVID-19. Acta Paediatr. 2021;110(3):914-921. doi:10.1111/apa.15673
15. Crook H, Raza S, Nowell J, Young M, Edison P. Long covid-mechanisms, risk factors, and management BMJ. 2021;374:n1648. doi:10.1136/bmj.n1648 [published correction appears in BMJ. 2021 Aug 3;374:n1944]
16. Lineamientos para el diagnóstico, abordaje en el periodo agudo y seguimiento post COVID-19 de niños, niñas y adolescentes [Internet]. Programa Nacional de Salud Escolar (PROSANE) y Sociedad Argentina de Pediatría (SAP); c2021. [cited 2021Nov]. Available in: https://www.sap.org.ar/uploads/documentos/documentos_lineamientos-para-el-diagnostico-abordaje-en-el-periodo-agudo-y-seguimiento-post-covid-19-de-ninos-ninas-y-adolescentes-programa-nacional-de-salud-escolar-prosane-y-sociedad-argentina-de-pediatria-sap-278.pdf
17. Jonat B, Gorelik M, Boneparth A, Geneslaw A, Zachariah P, Shah A, et al. Multisystem Inflammatory Syndrome in Children Associated With Coronavirus Disease 2019 in a Children's Hospital in New York City: Patient Characteristics and an Institutional Protocol for Evaluation, Management, and Follow-Up. Pediatr Crit Care Med. 2021;22(3):e178-e191. doi: 10.1097/PCC.0000000000002598
18. Therapeutics and COVID-19. Living guideline. [Internet] World Health Organization; c2021. [cited 2021Nov]. Available in: www.who.int/publications/i/item/therapeutics-and-covid-19-living-guideline.