



# NOTICIAS Metropolitanas

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA  
REGIÓN METROPOLITANA



Por un niño sano  
en un mundo mejor

**AÑO XXXII**

**Agosto 2021**

**N° 81**

Coronel Díaz 1971/75 • (1425) Ciudad de Buenos Aires • Tel.: 4821-8612 • Fax: 4821-2318

E-mail: [regionmetropolitana@sap.org.ar](mailto:regionmetropolitana@sap.org.ar) • Facebook: [Pediatras Metropolitanos Argentinos](#) • Instagram: [@pedmetarg](#)

## Director Titular

Dr. Carlos Luzzani

## 1<sup>er</sup> Director Asociado

Dr. Alberto Libanio

## 2<sup>do</sup> Director Asociado

Dra. Claudia Vaccarelli

## Coordinadores

### Distrito Norte

Dra. Mercedes Acuña / Dra. Mirta Vázquez /  
Dra. Irene Dechiara / Dra. Susana Mabel Rosso /  
Dra. Graciela Robbio / Dr. Maximiliano Schianni

### Distrito Oeste

Dra. Aída Barbato / Dra. Gladys Convertini /  
Dra. Silvia Noemi Redensky / Dr. Fausto Ferolla /  
Dr. Martín Ferolla / Dra. María Cecilia Rizzuti /  
Dra. Viviana Soligo

### Distrito Sur

Dra. Miriam Bonadeo / Dr. Claudio Mauritzen /  
Dra. Andrea Rodríguez /  
Dra. Mariana Rodríguez Ponte /  
Dr. Oscar Ruíz / Dra. Celia Lilian Sosa /  
Dra. Claudia Corigliano

### Asesores ex Directores

Dr. Ángel Plaza (+) / Dr. Miguel Ángel Naser (+) /  
Dr. Ricardo Straface (+) /  
Dr. Jorge Buraschi (+) / Dr. José Luis Cervetto /  
Dra. Beatriz Burbinski / Dr. Domingo Longo /  
Dr. Gustavo Bardauil / Dr. Saúl Gleich /  
Dr. Leonardo Vazquez /  
Dra. Débora Rocca Huguet /  
Dr. Edgardo Flamenco

## Grupo Editorial Región Metropolitana

Dres. Carlos Luzzani, Claudio Mauritzen,  
María Cecilia Rizzuti, Mirta Vázquez y  
Claudia Corigliano

## ÍNDICE

- Editorial. "Queda mucho por hacer" ..... 2  
Carlos Luzzani
- XIII Jornadas de la  
Región Metropolitana 2021. Programa ..... 3
- Actividades de la Región ..... 8
- Ejercer en la pandemia ..... 10  
Saúl Gleich
- Preguntas frecuentes en infecciones  
por Covid-19 en niños, niñas y adolescentes..... 12  
Comité Nacional de Infectología  
de la Sociedad Argentina de Pediatría
- Qué debe saber el pediatra sobre:  
Movilidad sustentable, sostenible y segura.  
Un cambio de paradigma saludable y feliz  
Lucas Navarro y Axel Dell'Olio ..... 27
- Hospital General de Agudos  
"Dr. José María Penna"  
Rosa Pappolla ..... 31
- Perlas legales. Certificado Médico  
Mercedes Regina Acuña..... 35
- Boletín bibliográfico ..... 42  
Carlos Luzzani
- Adendum ..... 45

**"El pediatra es el médico de cabecera del niño/a y del adolescente"**

NOTICIAS METROPOLITANAS es una publicación de la Región Metropolitana de la Sociedad Argentina de Pediatría.

El contenido de sus artículos no expresa, necesariamente, la opinión de los editores.

## EDITORIAL

# QUEDA MUCHO POR HACER

*“La verdadera generosidad hacia el futuro, consiste en darlo todo en el presente”*  
**Albert Camus**

Está llegando el fin de la gestión 2019-2021. En octubre los colegas Directores Asociados que acompañaron mi actividad como Director Titular, asumirán este rol (y seguramente mejorarán lo hecho hasta ahora). Tendrán el acompañamiento siempre amigo y eficaz de los Coordinadores y Representantes de la Región. A todos ellos mi mayor agradecimiento. Asistieron y colaboraron en la gestión con emocionante aptitud en medio de una pandemia que sin duda tiñó la actividad de este último año y medio.

Necesitamos que más colegas nos acompañen y compartan la actividad, que siempre es gratificante y bien recompensada. Para entenderlo les pido participen de alguna de nuestras reuniones mensuales o la actividad docente de la Metropolitana. Solo deben inscribirse en [regionmetropolitana@sap.org.ar](mailto:regionmetropolitana@sap.org.ar). Por suerte, en estos últimos años, se incorporaron varios representantes de los Distritos Oeste, Sur y Norte, pero esperamos que pronto sean más.

Una muestra importante de lo antedicho serán las **XIV Jornadas de la Región Metropolitana**, organizadas por el Distrito Oeste y que, en forma virtual, se llevarán a cabo los días 11, 12 y 13 de agosto próximos. El programa completo de las mismas pueden leerlo en las próximas páginas. Invitamos a los 8.000 colegas que reciben esta revista a participar de la actividad.

Mi primer editorial iniciaba con una frase: *los niños no pueden ni deben esperar*. Sigue y seguirá siendo nuestro camino. La Pediatría debe tener ese norte, a mi criterio. Falta mucho por hacer para que nuestros niños, niñas y adolescentes y sus familias, tengan la atención que necesitan y merecen. Son el futuro de nuestra sociedad, seres que dependen de los mayores y que actualmente padecen carencias, algunas históricas, otras recientes en salud, educación, seguridad y varios ítems más. Todos los problemas que adolece nuestra sociedad se solucionan mejorando las dificultades y padecimientos de nuestros infantes y, sobre todo, no abandonando la obligación de lograr en sus vidas igualdad de oportunidades.

Un sincero homenaje a quienes dieron su vida cumpliendo con su deber, sin esperar mayor reconocimiento. Para ellos el mayor de los respetos y el recuerdo eterno.

Finalmente, mi agradecido saludo para todos los integrantes de la Región Metropolitana, reiterando el deseo que la participación aumente y sigamos creciendo en el marco de respeto y afecto que caracteriza nuestra actividad.

**Dr. Carlos Luzzani**

Director Titular Región Metropolitana SAP



# XIV JORNADAS de la REGIÓN METROPOLITANA 2021

**“PANDEMIA, AISLAMIENTO Y DESPUÉS?  
ABORDAJE PEDIÁTRICO DE UN EVENTO INÉDITO”**

**Los invitamos a nuestras jornadas los días 11 ,12 y 13 de agosto 2021**

**Adjuntamos el programa.**

**Los esperamos. Es una actividad no arancelada**

**Para la inscripción: ingresar a la página de la  
sociedad argentina de pediatría/congresos y eventos/XIV jornadas de la region metropolitana inscripcion**

## MIÉRCOLES 11 DE AGOSTO

### AULA VIRTUAL

09:00 a 10:30	<p><b>PREJORNADA</b>  <b>“Actualización en tuberculosis pediátrica”</b>                      Coordinador: Dr. Alberto Libanio                      Secretaria: Dra. Claudia Vaccarelli</p>
	<p><b>“Epidemiología de la tuberculosis en niños niñas y adolescentes”</b>                      Dr. Juan Carlos Bossio  <b>“¿Cómo estudiar a un niño en contacto con un enfermo de tuberculosis?”</b>                      Dra. Norma Edith González  <b>“TBC y COVID-19 en el AMBA, ¿cómo seguimos?”</b> Dra. Marcela Natiello</p>
10:30 a 10:40	<b>RECESO</b>
10:40 a 12:45	<p><b>CASOS CLÍNICOS TBC</b>                      Dra. Virginia D’Alessandro  <b>Caso clínico1: ¿Cuándo pensar en tuberculosis pulmonar?</b>                      Presenta: Dra. Evelyn Hidalgo                      Comentarios: Dra. Virginia D’Alessandro  <b>Caso clínico 2: ¿Cómo tratar a un niño con tuberculosis?</b>                      Presenta: Dra. Lucía Ferrero                      Comentarios: Dra. Virginia D’Alessandro</p>
	<b>RECESO</b>
14:00 a 15:30	<p><b>Encuentro con pediatras jóvenes y en formación con Mesa Ejecutiva de la CDSAP y Directores de la Región Metropolitana</b></p>



# XIV JORNADAS de la REGIÓN METROPOLITANA 2021



**“PANDEMIA, AISLAMIENTO Y DESPUÉS?  
ABORDAJE PEDIÁTRICO DE UN EVENTO INÉDITO”**  
11 ,12 y 13 de agosto 2021

## JUEVES 12 DE AGOSTO

### AULA VIRTUAL

09:00 a 10:30	<p style="text-align: center;"><b>MESA REDONDA</b> <b>“Abordaje en terreno”</b> <b>“Problemáticas actuales en la adolescencia... desafío para generar propuestas creativas en el contexto de pandemia”</b> <b>Coordinadora:</b> Dra. Patricia Débora Rocca Huguet <b>Secretaria:</b> Dra. Natalia Errante</p> <p style="text-align: center;"><b>“Abuso sexual y embarazo adolescente”</b> Dr. Juan Pablo Mouesca <b>“Situación de suicidio y autolesiones en adolescentes en escenarios COVID-19”</b> Dra. Adriana Ingratta</p> <p style="text-align: center;"><b>“Percepciones y sentimientos de niños argentinos frente a la cuarentena COVID-19. Cómo lo atravesaron los adolescentes”</b> - Dra. Mirta Garategaray</p>
10:30 a 10:40	<b>RECESO</b>
10:40 a 12:10	<p style="text-align: center;"><b>MESA REDONDA</b> <b>“La crisis sanitaria transformó la telecomunicación en una herramienta imprescindible”</b> <b>Coordinadora:</b> Dra. Viviana Edith Soligo <b>Secretaria:</b> Dra. Mariela Spaccarotella</p> <p style="text-align: center;"><b>“Impacto emocional de la pandemia en las familias. Nuevas formas de vincularse. ¿Qué cambió? ¿Nos cambió? Una mirada emotiva de la pediatría”</b> – Dra. Ángela Nakab <b>“Estrategias comunicacionales de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) hacia la comunidad. Oportunidades y amenazas que impuso la crisis del COVID-19”</b> Sr. José María Oribe</p>
12:10 a 12:20	<b>RECESO</b>
12:20 a 12:40	<b>CEREMONIA INAUGURAL</b>
12:40 a 13:25	<p style="text-align: center;"><b>CONFERENCIA</b> <b>“Microbiota en pediatría. La clave de los 1000 días”</b> <b>Conferencista:</b> Dr. Omar Tabacco <b>Presentador:</b> Dr. Alberto Libanio</p>
13:25 a 13:35	<b>RECESO</b>

# XIV JORNADAS de la REGIÓN METROPOLITANA 2021

**“PANDEMIA, AISLAMIENTO Y DESPUÉS?  
ABORDAJE PEDIÁTRICO DE UN EVENTO INÉDITO”**

**11 ,12 y 13 de agosto 2021**

13:35 a 14:35	Simposio de la industria
14:35 a 14:45	RECESO
14:45 a 16:15	<p><b>MESA REDONDA</b>  <b>“Novedades en neurodesarrollo”</b>  <b>Coordinadora:</b> Dra. Gladys Convertini  <b>Secretaria:</b> Dra. Romina de Biasio</p> <p><b>“Detección temprana de los trastornos del desarrollo”</b> - Dra. María Victoria Sevesi  <b>“Impacto de la pandemia en el neurodesarrollo”</b> Dra. Agustina Vericat  <b>“Telesalud y neurodesarrollo”</b> Dra. Paula Pedernera Bradichansky</p>
16:15 a 17:15	Simposio de la industria





# XIV JORNADAS de la REGIÓN METROPOLITANA 2021



**“PANDEMIA, AISLAMIENTO Y DESPUÉS?  
ABORDAJE PEDIÁTRICO DE UN EVENTO INÉDITO”**  
11 ,12 y 13 de agosto 2021

<b>VIERNES 13 DE AGOSTO</b>	
<b>AULA VIRTUAL</b>	
<b>09:00 a 10:30</b>	<b>Presentación de trabajos libres</b>
<b>10:30 a 10:40</b>	<b>RECESO</b>
<b>10:40 a 12:20</b>	<p><b>MESA REDONDA</b>  <b>“Fue un segundo...”</b>  <b>“Tips para evitar estas historias”</b>  <b>“Lesiones, prevención y casos clínicos”</b>  <b>Coordinadora:</b> Dra. Cecilia Rizzuti  <b>Secretaria:</b> Dra. Silvia Mazzeo</p> <p><b>“Abordaje del paciente pediátrico con quemaduras: prevención, diagnóstico y tratamiento inicial”</b>            Dra. Virginia Inés Bertone. Dra. Juliana Cueto</p> <p><b>“Traslado seguro en vehículos y todo sobre SRI.”</b>- Licenciado Axel Dell Olio</p> <p><b>“Tránsito, la otra pandemia, prevención desde el consultorio”</b>. Dr. Lucas Navarro</p> <p><b>“Intoxicaciones en pandemia, ¿Cuándo y qué sospechar?”</b>- Dra. Silvia Cabrerizo</p>
<b>12:20 a 12:30</b>	<b>RECESO</b>
<b>12:30 a 13:30</b>	<p><b>CONFERENCIA</b>  <b>“COVID- 19: situación actual y prevención”</b>  <b>Conferencista:</b> Dra. Ángela Gentile  <b>Presentadora:</b> Dra. Nora Olloqui  <b>Secretaria:</b> Dra. Yésica Soledad Contrera</p>
<b>13:30 a 13:40</b>	<b>RECESO</b>
<b>13:40 a 14:40</b>	<b>Simposio de la industria</b>

# XIV JORNADAS de la REGIÓN METROPOLITANA 2021

## “PANDEMIA, AISLAMIENTO Y DESPUÉS? ABORDAJE PEDIÁTRICO DE UN EVENTO INÉDITO”

11 ,12 y 13 de agosto 2021

14:40 a 14:50	RECESO
14:50 a 16:10	<p><b>MESA REDONDA</b>  <b>“Alimentación saludable en la infancia”</b>  <b>Coordinadora:</b> Dra. Silvia Redensky  <b>Secretaria:</b> Dra. Claudia Buscio</p> <p><b>“Trastornos gastrointestinales funcionales en lactantes”</b> – Dra. María del Carmen Toca  <b>“Alimentación saludable, como lograrla en los niños”</b> - Dra. Macarena Farías Sáenz  <b>“Recomendaciones nutricionales para familias veganas o vegetarianas”</b>  Dra. Verónica Módica</p>
16:10 a 16:20	RECESO
16:20 a 17:20	Simposio de la industria
17:20	ACTO DE CLAUSURA





## Actividades de la Región



# ENCUENTROS DOCENTES PEDIÁTRICOS METROPOLITANOS. ACTUALIZACIÓN.



Por un niño sano  
en un mundo mejor

ACTIVIDAD PERTENECIENTE A LA RED NACIONAL  
DE EDUCACIÓN CONTÍNUA. OTORGA 1 CRÉDITO  
PARA LA RECERTIFICACIÓN.

### Próximos temas:

- **21/08 Salud bucal del Bebé**  
**Odontopediatra María Laura Cabrera**
- **18/09 TGD. AUTISMO. TEA. Detección y diagnóstico.**  
**Dr. Manuel Maza**
- **16/10 Certificado Único de Discapacidad. Cómo, cuándo, a quién y dónde se tramita. Qué utilidad le pueden dar nuestros pacientes.**  
**Dr. Alberto Libanio**



Los terceros sábados del mes de 9:30 hs a 10:45 hs  
Por plataforma virtual Zoom  
Informes: [encuentrosmetropolitanos@gmail.com](mailto:encuentrosmetropolitanos@gmail.com)



# Sociedad Argentina de Pediatría



## REGION METROPOLITANA Y SUBCOMISIÓN DE EJERCICIO PROFESIONAL

CURSO REGULAR: SINCRÓNICO ONLINE (A TRAVÉS DE ZOOM)

### El ABC de la Medicina Legal para los Pediatras

**Coordinadora: Dra. Mercedes Regina Acuña.**

**Día y hora: Los 2dos. y 4tos. miércoles de cada mes, del 14 de Abril al 24 de Noviembre 2021, de 18:45 a 20:00 hs.**

#### Principales temas que serán desarrollados:

Generalidades del derecho Sanitario. Responsabilidad profesional. Secreto médico. Buena praxis médica. Dra. Acuña Mercedes R. Dra. Morabito Elisa.

Buzón de preguntas, Ejercicios referente a clase anterior. Dra. Acuña Mercedes R. Dra. Morabito Elisa  
Bioética. Pacientes crónicos y en Uti pediátrica. Autonomía del paciente pediátrico. Ejemplos del Comité de Bioética del Hospital Garrahan Dra. Ciruzzi M.S.

Buzón de preguntas. Ejercicios referentes a clase anterior. Dra. Ciruzzi. Dra. Acuña  
Derechos del Paciente. Practica en pacientes internados o en la atención en la guardia y consultorio. Pacientes pediátricos que sin el alta se retira del hospital. Dra. M. Cristina Cortesi.

Buzón de preguntas. Ejercicios referentes a clase anterior. Dra. M. Cristina Cortesi. Dra. Acuña M.R.  
Toma de Decisiones en el final de la vida. Protocolos de adecuación del Esfuerzo Terapéutico. Dra. Dinnah Magnante.

Buzón de preguntas. Ejercicios referentes a clase anterior. Dra. Dinah Magnante. Dra. Acuña M.R.  
El paciente en ambulancia para traslado, derechos y obligaciones del medico derivante, del médico que acepta derivación. Competencias del servicio de ambulancia. Servicios de ambulancia sus normativas. Dr. Lucas Andrés Orlando.

Buzón de preguntas. Ejercicios referentes a clase anterior. Dr. Lucas Andrés Orlando. Dra. Acuña M.R.  
Derechos de los niños, niñas y adolescentes en el contexto actual de pos pandemia. Violencia sexual en niños, niñas y adolescentes. Dra. Braier Marcia V. Dra. Acuña Mercedes R.

Buzón de preguntas. Ejercicios referentes a clase anterior- Dra. Braier Marcia V. Dra. Acuña M.R.  
Telemedicina, impacto pos pandemia. Receta digital. Historia Clínica informatizada. Conocimiento de las implicancias legales. Dra. Marisa Aizenberg.

Buzón de preguntas de clase anterior. Ejercicios referentes a la misma clase. Docente Marisa Aizenberg. Dra. Acuña M.R.

NOVIEMBRE: Presentación de Monografía. Con Cierre del curso por zoom en la semana última de Noviembre

**Destinado a:** Pediatras, Residentes (fuera del horario de la Residencia).

**4 créditos. (31 hs. con evaluación)**

**link de inscripción:** <https://www.sap2.org.ar/i2/index.php?Id=989>

**Médicos Socio SAP \$ 1.000**

**Médicos No Socio SAP \$ 3.000**

**Otros Profesionales Socios SAP \$ 800**

**Otros Profesionales No Socios SAP \$ 2.400**

#### INFORMES

**Sociedad Argentina de Pediatría**

E-mails: [paula.cursos@sap.org.ar](mailto:paula.cursos@sap.org.ar)/ [marcela.recepcion@sap.org.ar](mailto:marcela.recepcion@sap.org.ar)

[santiago.salguero@sap.org.ar](mailto:santiago.salguero@sap.org.ar)

Web: [www.sap.org.ar](http://www.sap.org.ar)



## EJERCER EN LA PANDEMIA

**Dr. Saúl Gleich**

Médico Pediatra

**Este escrito es un reconocimiento, muestra de respeto, admiración y agradecimiento al equipo de salud, seguridad y educación que sigue trabajando en la trinchera frente al Covid 19.**

Pertenezco al grupo de riesgo, con mis 76 años y diabetes controlada, que ya padeció el Covid-19 y sobrevivió en el intento.

Es fácil mi posición de opinólogo, desde la comodidad de un escritorio y escribiendo en una computadora y la incomodidad de un encierro obligado por funcionarios que se dicen expertos en un tema que nadie conoce en su verdadera dimensión, como es el comportamiento de este virus que nos mantiene en jaque constante.

Esta es una situación nunca vivida en mis 52 años de ejercicio de la profesión de Pediatra en los distintos niveles del sector tanto público, como privado.

He trascurrido epidemias de distintas etiologías (sarampión, varicela, meningitis, gripe, cólera, etc.) pero ninguna se ensañó con el equipo de salud como ésta.

Es la primera vez que veo morir tantos compañeros míos por contagios laborales.

Al equipo de salud se le ha incorporado un elemento que no existió, en tal magnitud, en las otras epidemias, que es el MIEDO.

Además, nunca fui testigo de tantos cambios de rumbos en el manejo de la situación bajo el título de PROTOCOLOS.

Barbijo sí, barbijo no.

Apertura sí, apertura no.

Economía como prioridad, salud como prioridad.

Medicamentos salvadores sí, y luego desechados.

Cada municipio hacía su propio protocolo adaptado a la presión política más que sanitaria.

Me preocupa que infectólogos e instituciones de nivel nacional e internacional, opinaran (y

opinan) tan livianamente sobre un tema nunca vivido, que no conocen y los sobrepasó, obligando a desdecir dichos de un día para otro.

En medio de todo esto estaba el equipo de salud, trabajando en el terreno, abrumado por la demanda de la población y desconcertado por cambios de rumbo frecuentes, tal es así que todavía se siguen adaptando las conductas ante distintas presentaciones clínicas de la enfermedad.

¿Cuántos cambios de duración de la cuarentena hubo?

Ahora aparece en el escenario un nuevo actor muy esperado: LA VACUNA.

Esto ya trae aparejado 2 grupos, el pro y los antivacunas.

Yo anticipo a aclarar, que soy provacuna, cualquiera sea la procedencia.

La multiplicidad de vacunas ofrecidas confunde más que aclara.

Una dosis, dos dosis, temperatura en la cadena de frío, más de 60 años no, luego sí, menores de 16 años no ahora quizás, son temas que comienzan a aparecer en la discusión de la aplicación de la vacuna.

De todas las vacunas ninguna con fase 3 cumplida y algunas ni fase 2.

Todas mezcladas con intereses de la política y la industria.

Por todos estos elementos es que cuando me ofrecieron volver a ejercer la profesión dije no.

Me pongo en la piel de los que los que están en la trinchera, llenos de dudas y contradicciones de los que deciden las políticas sanitarias y de amenazas de contagio para sí y sus grupos familiares.

Esto quiere decir que todavía hay que seguir luchando ante las adversidades y los miedos, esperando que la llegada de las dosis necesarias de vacuna ponga un parate a esta pandemia.

La verdad la dirá el tiempo, por ahora hay

que seguir con lo único que hay unanimidad de criterio: CUIDARSE.

¿Qué significa cuidarse en el ejercicio de la Pediatría?

Un cambio radical en la consulta pediátrica aconsejada hasta ahora.

Primero: poner unas vallas entre el paciente y el profesional.

Esto significa perder una virtud fundamental del Pediatra que es la relación médico-paciente-familia.

Pérdida del saludo afectuoso, desde el apretón de manos hasta el abrazo con el paciente y su acompañante.

Desaparición del juego con el paciente en el examen físico.

La suspensión de las visitas o consultas que puedan ser atribuidas al Covid19, derivándolas a las guardias pediátricas.

Cuestionario previo para descartar síntomas compatibles con el virus durante los últimos días.

Selección de pacientes según resultado del cuestionario.

Sobrecarga del trabajo de las guardias.

Estos fueron cambios negativos, pero hay algunos positivos como lo son:

Uso de barbijos obligatorio.

Lavado de manos frecuentes entre pacientes.

Aparición de la video consulta, como alternativa, para evitar la presencialidad.

Evitar el hacinamiento en la sala de espera.

Haber cambiado la opinión sobre la vacuna: desde el rechazo por su procedencia al principio, a la aceptación de cualquier vacuna en la actualidad.

Haber tomado la política el tema vacunación como bandera proselitista.

La profundización de los trabajos de investigación sobre temas no resueltos de la vacuna: duración de efectividad, número de dosis, intervalos interdosis, uso de distintas vacunas en las de 2 dosis, ampliación de los grupos etarios, conocimiento de reacciones adversas, contraindicaciones, etc.

Revacunación: sí, no, ¿cuándo?

Estamos viviendo escenarios cambiantes en esta batalla contra el COVID19, con la aparición de cepas mutantes en el mundo lo que hace pensar que el coronavirus vino para quedarse.

Por último, me queda la sensación que la comunidad reconoce al equipo de salud por su entrega y dedicación en la lucha contra el COVID19, no así los funcionarios y la política que nos siguen manoseando según su conveniencia.





# PREGUNTAS FRECUENTES EN INFECCIONES POR COVID-19 EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

*Comité Nacional de Infectología de la Sociedad Argentina de Pediatría*

*Dras. Gabriela Ensinck, Gabriela Gregorio, María Paula Della Latta, Silvina Ruvinsky, Miriam Calvari, Andrea Falaschi, Gabriela Tapponier, Liliana Assis*

## 1. ¿Cuántos niños y adolescentes contagiados, internados y fallecidos hubo desde el comienzo de la pandemia? Comparación con la población general

Desde la semana epidemiológica (SE) 10 de 2020 hasta la SE 23 de 2021, fueron notificados **416.199 casos confirmados** de COVID-19, en menores de 20 años, en el país. De estos, 384.049 (92%) se han recuperado y 232 han fallecido (0,06%). Hasta la SE 23 de 2021, 10 % del total de casos de COVID-19 registrados en el país corresponde a menores de 20 años. La mediana de edad fue de 15 años y **10.905** casos fueron menores de 1 año (2,6% de los menores de 20 años).

Cabe señalar que, a medida que aumentan los casos en la población general, es probable que los menores de 20 años tengan una mayor exposición al virus SARS-CoV-2

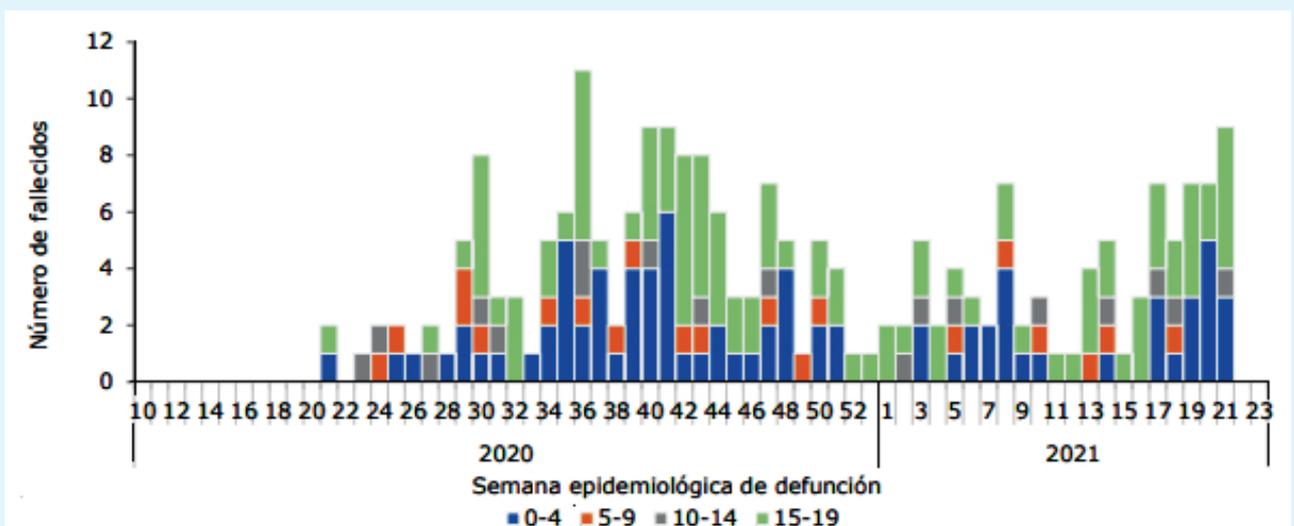
Requirieron internación en UTI 563 casos (0,14% de los casos confirmados), de los cuales 204 necesitaron ARM.

En relación con las defunciones, la mediana de edad es de 12 años. Al analizar las defunciones por grupos etarios (0-4 años, 5-9 años, 10-14 años, 15-19 años), se observa que la mayoría de éstas han ocurrido en niños de 0 a 4 años y adolescentes de 15 a 19 años, contribuyendo con 38% y 45% de las defunciones, respectivamente. Las defunciones en los niños menores de 1 año representaron el 25% del grupo estudiado menor de 20 años.

En los 5 primeros meses del año 2021, se ha reportado 60% del total de defunciones notificadas en todo el año 2020 (Figura). El 62,9% (n=146) de los niños fallecidos presentaban comorbilidades, las más frecuentes: enfermedad neurológica previa e inmunosupresión congénita o adquirida.

Se confirmaron 161 casos de Síndrome Infla-

**Figura 1.** Fallecidos de COVID-19 por grupos de edad, según semana epidemiológica de defunción. Argentina. SE 10 de 2020 a Se 21 de 2021



**Fuente:** Datos publicados por el Ministerio de Salud de Argentina<sup>23</sup> y reproducidos por OPS/OMS.

matorio Multisistémico post COVID-19 (SIM-C), reportándose 1 fallecido en este grupo.

## 2. ¿Las clases presenciales modificaron estas cifras?

La evidencia a nivel internacional sugiere que la reapertura de escuelas es segura en comunidades con bajas tasas de transmisión del SARS-CoV-2. Se ha reportado número similar de casos en estados con clases presenciales y con modalidad de clases virtuales. No hay evidencia de aumento de las hospitalizaciones por las clases presenciales en las escuelas. Por tal motivo el CDC recomienda que las escuelas primarias sean lo último en cerrarse, cuando todas las otras medidas de mitigación han sido empleadas y lo primero en reabrirse cumpliendo protocolos de prevención.

La transmisión del SARS-CoV-2 en las escuelas puede reflejar la transmisión en la comunidad circundante. La vigilancia de las estrategias de mitigación dentro de las mismas y en la comunidad en general reducirá el riesgo.

## 3. ¿Cuáles son los síntomas por COVID más frecuentes en la infancia y adolescencia? Diferencias con adultos. ¿Cuáles son los síntomas más frecuentes en Argentina?

Desde el inicio de la pandemia se conoce que los niños, niñas y adolescentes tienen un menor riesgo de enfermarse y de morir por COVID-19 que otros grupos etarios. La evidencia disponible hasta el momento sugiere que los niños y adolescentes serían menos susceptibles a la infección por SARS-CoV-2 y además transmiten con menos frecuencia el virus que los adultos.

Cuando adquieren la infección, son por lo general asintomáticos y cuando enferman, suelen tener enfermedad leve con síntomas semejantes a las enfermedades frecuentes en estas edades.

Dentro del grupo de 0-19 años, los estudios sugieren que tanto la susceptibilidad como la transmisión son menores en niños por debajo de los 5 años que en los niños de mayor edad y adolescentes.

Los niños que se infectan con el virus SARS-CoV-2 tienen más compromiso del tracto respiratorio superior que del tracto respiratorio inferior. Los lactantes fueron más proclives a presentar manifestaciones graves, neumonía y Síndrome

de Dificultad Respiratoria Aguda (SDRA) que requirieron ventilación mecánica.

Diferentes estudios mencionan que el porcentaje de niños asintomáticos varía entre 20 a 50 % del total de los afectados, y del resto, la mayoría cursa una enfermedad leve. El porcentaje de niños internados es de alrededor del 10-15% y un porcentaje pequeño de estos requiere internación en Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP).

Los signos y síntomas más frecuentes en los niños fueron: fiebre (59,1%), tos (55,9%), rinitis y congestión nasal (20 %), mialgia y fatiga (18,7 %), odinofagia (18,2 %), disnea o dificultad respiratoria (11,7 %), dolor abdominal y diarrea (6,5 %), náuseas y vómitos (5,4 %), cefalea y mareos (4,3 %), faringitis (3,3 %) y exantema (0,25 %).

Los datos disponibles en la actualidad en la Argentina son similares a los reportes internacionales. Se menciona también la presencia de anosmia y disgeusia en niños mayores de 10 años.

En general los niños tienen una evolución clínica favorable y se recuperan en 1 o 2 semanas desde el comienzo de la enfermedad.

Se ha descrito un síndrome grave, llamado **SIM-C** que ha sido reportado en niños de todas las edades y etnias, aunque la mayoría se ubican entre los 6 a 12 años. Estos cuadros pueden comenzar 3 a 4 semanas después de la infección con el virus SARS-CoV-2. Entre los signos clínicos iniciales se encuentran la fiebre alta y persistente durante 3 o más días; lesiones cutáneas máculopapulares que recuerdan la distribución de la enfermedad de Kawasaki; conjuntivitis bilateral no purulenta, síntomas digestivos (náuseas, vómitos, diarrea o dolor abdominal) y muchos de ellos evolucionan al shock. Pueden presentar signos de disfunción miocárdica, pericarditis, valvulitis o anomalías coronarias

## 4. ¿Hay síntomas más asociados a la confirmación de COVID positivo o síntomas que se relacionan más a descartar la enfermedad?

En el momento epidemiológico actual los criterios incluidos en la "definición de caso sospechoso", son los que más frecuentemente están asociados a COVID-19, y deben ser tenidos en

cuenta para confirmar el diagnóstico.

El diagnóstico está asociado, en personas de cualquier edad, a la presencia de dos o más de los siguientes síntomas: fiebre (37.5 °C o más), tos, odinofagia, dificultad respiratoria, cefalea, mialgias, diarrea/vómitos, rinitis/congestión nasal estos últimos considerados como uno solo. Además, debe tenerse en cuenta que no haya otra etiología que explique completamente la presentación clínica. También Incluye toda persona con infección respiratoria aguda grave o la **pérdida repentina del gusto o del olfato, en ausencia de cualquier otra causa identificada.**

### 5. ¿Qué porcentaje de niños fueron hospitalizados y por qué motivos?

Los niños que se hospitalizan por COVID-19 son aquellos con:

- Cuadros respiratorios agudos moderados a graves, que, por su dificultad respiratoria, y saturación de oxígeno requieren internación.
- Pacientes que presentan cuadros compatibles con el SIM-C, tanto en su forma tipo Kawasaki-Like o su fenotipo inespecífico (cuadro de fiebre de 2 o 3 días de evolución, dolor abdominal, náuseas, vómitos, que rápidamente evolucionan al shock, acompañados en el laboratorio por reactantes inflamatorios elevados, como ferritina, PCR, triglicéridos y Dímero D).
- Pacientes con comorbilidades (diabéticos, obesos, inmunosuprimidos, Sme. Down, discapacidades neurológicas, cardiopatías y enfermedades pulmonares), teniendo en cuenta el riesgo de la patología que presentan, la edad y condiciones de vulnerabilidad socio-económicas de la familia.

El porcentaje de internación de niños con COVID-19 es muy bajo; oscila alrededor del 5-10 %, sin embargo, los niños de 1 a 3 meses de edad tienen un riesgo de hospitalización 8 veces mayor que otros grupos etarios pediátricos.

### 6. ¿En un niño con exantema, cuándo pensar en covid-19?

Debemos pensar en COVID en un niño con exantema cuando el niño o algún miembro de su familia se encuentran cursando la enfermedad o la cursaron 3 a 6 semanas antes y estamos frente a un SIM. Los exantemas pueden ser muy

variados desde morbiliformes, escarlatiniformes, urticariformes e incluso vesiculares. Los exantemas pueden presentarse en forma aislada durante la fase aguda de la enfermedad o ser parte de un cuadro de SIM o Kawasaki-Like.

### 7. En el contexto Epidemiológico de BQL ¿cuándo se debería hisopar a un BB menor de 1 año que consulta por fiebre y clínica compatible de BQL (tos, sibilancias, etc.) y sus familiares directos son asintomáticos?

En un niño menor de 1 año que se presenta con un cuadro de BQL es muy importante evaluar en qué contexto se encuentra. A esta edad lo más probable es que un adulto que sale del hogar a trabajar o hermanos a estudiar, transmitan la enfermedad al niño pequeño y por lo tanto debemos evaluar cuidadosamente, si algún miembro de la familia u otro cuidador se encuentran con alguna signo-sintomatología compatible con COVID-19. También conocer si el niño asiste a guardería o jardín maternal.

Diferenciar clínicamente el cuadro de BQL del cuadro de COVID-19 es prácticamente imposible, por lo cual, y ante la ausencia de datos epidemiológicos que nos orienten, la única manera para diferenciarlos es realizando un testeo para COVID con el fin de confirmar o descartar el caso y si es posible, un panel viral respiratorio para estudiar los virus respiratorios más frecuentes como el virus Sincitial Respiratorio, rinovirus, adenovirus, parainfluenza, etc. Los virus respiratorios y bacterias pueden presentarse como co-infecciones con el virus SARS-CoV-2.

### 8. ¿Hasta qué edad se debe internar un paciente con diagnóstico COVID-19 asintomático o con síntomas leves, sin antecedentes patológicos? ¿Los menores de 6 meses deberían ser siempre internados? ¿Deberían permanecer los 10 días de aislamiento en el Hospital/Sanatorio?

A diferencia de los adultos, los niños no parecen tener un mayor riesgo de padecer enfermedades graves basadas en la edad o el sexo.

Se debe tomar la decisión caso por caso, utilizando los siguientes principios generales:

## 1. Cuadro clínico leve

Los pacientes con infección viral no complicada del tracto respiratorio superior pueden presentar síntomas inespecíficos, como fiebre, tos, dolor de garganta, congestión nasal, malestar general, cefalea, dolor muscular, diarrea, náuseas, vómitos, pérdida del olfato y el gusto.

Debemos descartar signos de deshidratación, sepsis o dificultad respiratoria.

Un paciente con diagnóstico COVID-19 asintomático o con síntomas leves, no se debe internar. Pueden ser atendidos en un centro de atención médica o en su domicilio.

El aislamiento en casa puede considerarse en la mayoría de los pacientes con síntomas leves, con telemedicina. Esta decisión requiere un juicio clínico cuidadoso y debe estar informada por una evaluación del entorno del hogar del paciente para garantizar que: se puedan cumplir las medidas de prevención y control de la infección; el cuidador pueda prestar atención y reconocer

cuándo el paciente puede estar empeorando; el cuidador cuente con el soporte adecuado (p. ej., alimentos, suministros).

Los niños menores de 1 año de edad y los pacientes con factores de riesgo de enfermedad grave (cardiopatías, enfermedad neuromuscular, enfermedad respiratoria crónica, prematuridad, enfermedad de células falciformes, diabetes) deben ser monitoreados de cerca, dado el posible riesgo de progresión a una enfermedad grave, especialmente en la segunda semana después de la aparición de los síntomas.

Algunos pacientes presentan comorbilidades que pueden producir un cuadro clínico más grave y de peor pronóstico que contraindican la asistencia domiciliaria (*Tabla 1*).

## 2. Cuadro clínico moderado

Pacientes con cuadro de dificultad respiratoria (tos o dificultad para respirar, además de respiración rápida y/o tiraje torácico) que

**Tabla 1.** Grupos de riesgo para COVID 19

Pacientes	Grupos de riesgo
<b>Inmunodeprimidos</b>	Imunodeficiencias primarias, trasplante de órgano sólido o progenitores hematopoyéticos, pacientes hemato-oncológicos en tratamiento con quimioterapia, niños que reciban fármacos inmunosupresores, biológicos o modificadores de la enfermedad, pacientes sometidos a diálisis, niños con infección VIH con mal control y disminución de CD4; inversión CD4/CD8).
<b>Con cardiopatías</b>	Cardiopatías congénitas cianóticas y no cianóticas y otras adquiridas, miocardiopatías, pericarditis, arritmias severas hemodinámicamente significativas, incluyendo las que requieren tratamiento médico, que asocian hipertensión pulmonar, postoperatorio de cirugía o intervencionismo cardiaco, trasplante cardíaco o en espera de trasplante.
<b>Con enfermedades neuromusculares y encefalopatías</b>	Moderadas o graves.
<b>Con patología respiratoria crónicas</b>	Fibrosis quística, displasia broncopulmonar, oxigenoterapia domiciliaria, traqueotomía, ventilación mecánica domiciliaria, asma grave etc.
<b>Con enfermedades de la sangre</b>	Enfermedad de células falciformes homocigota o doble heterocigota.
<b>Con diabetes tipo 1</b>	Con mal control y seguimiento de la enfermedad.
<b>Recién nacidos prematuros</b>	Menores de 37 semanas de gestación.

**Fuente:** TIPs. Programa de actualización. Temas de infectología pediátrica. COVI-19. Sociedad Argentina de Pediatría. Módulo 13, 2021.

requiere tratamiento de sostén con oxígeno y/o apoyo nutricional y/o hidratación parenteral. La respiración rápida (en respiraciones/minuto) se define como:

- <2 meses de edad:  $\geq 60$
- 2-11 meses de edad:  $\geq 50$
- 1-5 años de edad:  $\geq 40$  y sin signos de neumonía grave.
- Si bien el diagnóstico puede hacerse basándose en la clínica, los estudios por imágenes del tórax pueden ayudar en el diagnóstico e identificar o descartar las complicaciones pulmonares.

### 3. Cuadro clínico grave

Pacientes con dificultad respiratoria severa (quejido, aleteo nasal, retracción torácica, taquipnea severa en respiraciones por minuto (<2 meses:  $\geq 60$ ; 2-11 meses:  $\geq 50$ ; 1-5 años:  $\geq 40$ ), cianosis central, Saturación de  $O_2 < 92\%$ , incapacidad o dificultad para alimentarse, alteración del estado mental, letargo o pérdida del conocimiento o convulsiones.

El diagnóstico es clínico; las imágenes de radiografía de tórax pueden excluir complicaciones (atelectasias, infiltrados, derrame).

Tabla 2. Grupos de riesgo para COVID 19

Clinica	Definición	Rx tórax	Tratamiento	Hospitalización
COVID-19 confirmado + IRAB leve	Síntomas inespecíficos (fiebre, tos, dolor de garganta, congestión nasal, malestar general, dolor de cabeza, dolor muscular) sin signos de deshidratación, sepsis ni dificultad respiratoria en niños sin factores de riesgo.	No requiere	Sintomático	No, salvo por cuestiones epidemiológicas
COVID-19 confirmado + IRAB moderada	Síntomas moderados: tos, dificultad respiratoria, taquipnea, sin signos de gravedad; hipoxemia (saturación ambiental <92%).	Normal	Dexametasona 0,6 mg/kg/día VO o EV durante 5 a 10 días	Sí
	Síntomas leves o moderados en <b>niños con factores de riesgo</b>	Cualquier infiltrado	Indicar antibióticos si se sospecha sobreinfección bacteriana. Plasma de convaleciente: no se sugiere su uso rutinario salvo en el contexto de protocolo, con consentimiento informado y avalado por el comité de ética de cada provincia. Se considerará su uso para pacientes con formas moderadas + comorbilidad (si el médico considera alto riesgo de progresión a enfermedad grave o potencialmente mortal)	Sí
COVID-19 confirmado + IRAB grave	Dificultad respiratoria + al menos uno de los siguientes: a) Cianosis central o saturación $O_2 < 90\%$ . b) Dificultad respiratoria grave: quejido, aleteo nasal, retracciones torácicas, polipnea (en respiraciones/min <1 año, $\geq 70$ , mayores de 1 año $\geq 50$ ). c) Requerimiento de cuidados intensivos (compromiso pulmonar o deterioro progresivo que requiere ventilación invasiva o no invasiva)	Cualquier infiltrado	Dexametasona 0,6 mg/kg/día VO o EV durante 5 a 10 días. Indicar antibióticos si se sospecha infección bacteriana. Plasma de convaleciente: no se sugiere su uso rutinario salvo en el contexto de protocolo, con consentimiento informado y avalado por el comité de ética de cada provincia. Se considerará su uso en caso de pacientes con complicaciones graves potencialmente mortales o con comorbilidad (si el médico considera alto riesgo de progresión a enfermedad grave o potencialmente mortal).	Sí

Fuente: TIPs. Programa de actualización. Temas de infectología pediátrica. COVI-19. Sociedad Argentina de Pediatría. Módulo 13, 2021.

#### 4. Cuadro clínico crítico

Presencia de síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), sepsis, shock séptico, trombosis aguda o síndrome inflamatorio multisistémico.

*Se deben ingresar los pacientes con cuadros clínicos moderados, graves o crítico y se manejan en un centro de atención médico apropiado (Tabla 2).*

*Deben permanecer los 10 días de aislamiento en el Hospital/Sanatorio.*

*Mantener la máxima alerta en el caso de niños y adolescentes con síntomas gastrointestinales agudos y signos de inflamación cardíaca.*

#### 9. ¿Cuáles son los parámetros de laboratorio que debemos tener en cuenta en un Síndrome inflamatorio inespecífico para evaluar gravedad y evolución?

*Los parámetros de laboratorio que debemos tener en cuenta en un Síndrome Inflamatorio Inespecífico son (Tabla 3):*

**Hemograma:** pueden presentar leucopenia,

pero generalmente se presentan con leucocitosis >20.000/mm<sup>3</sup>, linfopenia, neutrofilia, anemia, plaquetopenia leve, en general >50.000 en los primeros 10 a 12 días y trombocitosis posterior a los 10 a 12 días.

- Proteína C reactiva (PCR): elevada >20 mg/l (en enfermedad grave: >150 mg/l)
- Eritrosedimentación elevada
- Procalcitonina (PCT): elevada >0,5 mcg/l (por inflamación, debe descartarse infección bacteriana)
- Ferritina: elevada: >120 mg/dl
- IL-6: >8,5 pg/ml
- Ionograma plasmático: hiponatremia (factor de riesgo miocárdico y coronario)
- Proteínas totales y albúmina: hipoalbuminemia (factor de riesgo inflamatorio y coronario)
- Hepatograma: transaminasas elevadas, evaluar gammaglutamiltranspeptidasa, bilirrubina total elevada (poco frecuente)
- Amilasa/ lipasa: elevadas (poco frecuente)

**Tabla 3. Pruebas complementarias recomendadas y alteraciones más habituales**

Prueba	Alteración
Hemograma	Leucocitosis (habitualmente >20.000/mm <sup>3</sup> ) con linfopenia Anemia variable Trombocitopenia leve (normalmente >50.000/mm <sup>3</sup> )
Ionograma	Hiponatremia
Bioquímica hepática y albúmina	Aumento de transaminasas Hipoalbuminemia
Bioquímica cardíaca	Aumento de pro-BNP (> 35 pg/ml) o NT-pro-BNP (> 125 pg/ml) y troponina ultrasensible (> 14 ng/l)
Gasometría	Acidosis metabólica/respiratoria, según estado clínico
Marcadores inflamatorios	Elevación de PCR (> 20 mg/l), PCT (> 0,5 µg/ml), IL-6 (> 8,5 pg/ml) y ferritina (> 120 mg/dl)
Estudio de coagulación	Aumento de fibrinógeno (> 400 mg/dl) Aumento significativo del dímero D (> 500 ng/ml) TP (tiempo de protrombina); TTPa: (tiempo de tromboplastina parcial activado) alterados

**Fuente:** García-Salido A, Antón J, Martínez-Pajares JD, Giralt García G, et al. Documento español de consenso sobre diagnóstico, estabilización y tratamiento del síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico vinculado a SARS-CoV-2 (SIM-PedS). AnPediatr (Barc). 2021 Feb; 94 (2):116e1-116e.11.

- Triglicéridos: elevados (inflamación)
- Dímero D (DD): elevado (inflamación-CID-trombosis)
- Fibrinógeno: elevado en etapas iniciales (inflamación) o disminuido por consumo (CID)
- Lactato deshidrogenasa (LDH): elevado
- CPK/MB (creatinquinasa) y Troponina: elevadas sin curva ascendente (injurias miocárdicas)
- Pro-BNP (péptido natriurético cerebral): elevado >35 pg/ml, NT Pro-BNP >125 pg/ml y troponina ultrasensible >14 ng/ml (miocarditis activa-injurias miocárdicas)
- Uremia, creatinemia, glucemia: enfermedad de base (factores de riesgo: IRA-IRC-Diabetes)
- Orina completa: leucocituria, piuria (vasculitis-inflamación estéril)
- Hemocultivos y urocultivos: descartar infección bacteriana
- PCR-RT COVID-19: si es positiva: aislamiento en área COVID, si es negativa: asumir como post-infeccioso, no requiere aislamiento.
- Serologías IgM e IgG para SARS-CoV-2 (cuadro post infeccioso)
- Serologías virales (previo al tratamiento): VHB, VHC, EBV, CMV, Dengue Parvovirus.
- Evaluar co-infecciones.

En comparación con otros cuadros clínicos de inflamación sistémica similares, como la Enfermedad de Kawasaki (EK) o el síndrome de shock tóxico, o el Síndrome de Activación Macrofágica, los pacientes con SIM-C presentan habitualmente mayores elevaciones de los parámetros inflamatorios como PCR, LDH, ferritina, dímero D, citoquinas inflamatorias y NT-Pro-BNP, y con una mayor frecuencia de anemia, linfopenia y trombopenia.

Con la aparición de aneurismas coronarios se han descrito leucocitosis y linfopenia más intensas con elevación de proteína C reactiva (PCR) y cifras más elevadas de PCR también se han relacionado con desarrollo de shock y necesidad de ingreso en UCIP.

## 10. ¿Se puede utilizar como prueba diagnóstica el test de saliva en lugar de hisopado nasal o nasofaríngeo en niños sintomáticos? ¿En caso de poder hacerlo, desde qué edad?

### TIPOS DE MUESTRAS RECOMENDADAS EN PEDIATRÍA

Si bien la muestra de elección es el hisopado nasofaríngeo, para disminuir las molestias del procedimiento para el paciente, se recomiendan las muestras menos invasivas como el hisopado nasal o la muestra de saliva.

#### Test de Saliva

Publicaciones recientes entre ellas revisiones sistemáticas y meta-análisis, han mostrado que las muestras de saliva versus los hisopados nasofaríngeos no presentaron diferencias estadísticamente significativas en la sensibilidad o la especificidad entre estas muestras para la detección del SARS-CoV-2, especialmente en el contexto ambulatorio.

Más aún en población asintomática la sensibilidad con muestras de saliva fue superior a la del hisopado (92% vs 86%) y con especificidades superiores al 99% siendo de vital importancia para su consideración en tamizajes masivos.

La obtención de la muestra de saliva para la realización de RT-PCR podría considerarse también en pacientes sintomáticos en los que no se pudiera extraer una muestra del tracto respiratorio o frente a un resultado no conclusivo.

Su utilización en la evaluación de pacientes asintomáticos con riesgo epidemiológico por contacto estrecho ha sido de muchísima utilidad en ciertas jurisdicciones que lo han implementado.

Los métodos de recogida de saliva pueden afectar a la sensibilidad por lo que debe considerarse el correcto instructivo para la recolección de la muestra de saliva y el momento de la toma de muestra respecto del inicio de los síntomas (Dentro de los 5 días de inicio de los síntomas).

### INSTRUCTIVO DE TOMA DE MUESTRA DE SALIVA PARA DETECCIÓN DE SARS-COV-2 POR LAMP

- No consumir alimentos o bebidas ni realizar higiene bucal por un período no menor a tres horas previas a la toma de muestra.

- No enjuagar la boca antes de la toma de muestra porque se requiere saliva concentrada.
- Estimular las glándulas salivales mediante masajeo de las mismas para favorecer la secreción de saliva.
- Colectar la muestra por salivado pasivo o babeo, evitando expectorar, en un frasco/tubo limpio y estéril de forma tal de asegurar la colección de saliva concentrada y limpia. Salivar 4-5 veces dentro del mismo recipiente para obtener el volumen de muestra suficiente para su procesamiento. Un volumen de muestra de 2 mililitros será suficiente.
- Descartar la muestra y solicitar una nueva si el operador revisa la misma y observa: hilos de sangre, residuos de alimentos, muestras coloreadas o presencia de esputo.

Para niños mayores de 10 años, la toma de la muestra puede ser realizada por el propio paciente.

En niños menores de 10 años o con dificultades para la toma, se recomienda la utilización de una pipeta Pasteur para la recolección de la muestra que la realizará el personal de salud.

### **11. ¿Cuánto tiempo pueden persistir las anomalías radiológicas en pacientes COVID-19 positivos?**

A la fecha no hay información certera en relación al tiempo de persistencia de las lesiones patológicas en pacientes pediátricos con compromiso pulmonar durante la infección por SARS-CoV-2. En cohortes de pacientes que incluyeron población de adultos y niños se observó que las imágenes patológicas comienzan a mejorar en la Tomografía Axial Computada (TAC) en un promedio de 10-15 días.

### **12. ¿Cuándo se debe solicitar tomografía axial computada (TAC)?**

Se debe solicitar una TAC a los pacientes con infección por el virus SARS-CoV-2 que presenten requerimiento de internación en UCIP, o aquellos pacientes con hipoxemia progresiva o desmejoría clínica, de forma de detectar lesiones pulmonares asociadas a la infección. Asimismo, en pacientes con enfermedades subyacentes de riesgo con infección por SARS-CoV-2 e hipoxemia se sugiere, también realizar una TAC.

### **13. ¿Existe diferencia en la evolución de la enfermedad causada por la administración de diferentes antipiréticos (paracetamol, ibuprofeno, dipirona)?**

No existe contraindicación de utilizar antipiréticos como el paracetamol, ibuprofeno o dipirona en la infección por SARS-CoV-2.

En relación al ibuprofeno existía al inicio de la pandemia especulaciones en relación a la asociación entre el ibuprofeno y el aumento en la expresión de AEC 2 (Receptor de la Enzima Convertidora de la Angiotensina 2) lo cual podría tener peor evolución.

Los resultados de diversos estudios de cohorte, con gran número de pacientes incluidos, no encontraron asociación en el riesgo de severidad en la enfermedad en aquellos pacientes que recibieron ibuprofeno respecto a paracetamol u otros AINE.

### **14. ¿Qué experiencia hay en pediatría sobre uso de suero hiperinmune anti SARS-CoV-2 de pacientes convaleciente vs suero equino?**

A fines de enero de 2021, el Ministerio de Salud de la Nación determinó en qué estadio de la enfermedad podrán administrarse a pacientes adultos con COVID-19 el suero equino (inmunoglobulinas equinas fragmentos F (ab)<sup>2</sup> anti SARS-CoV-2) y el plasma de convalecientes.

En el caso del suero equino, el acuerdo fue con la Sociedad Argentina de Infectología (SADI), la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI), la Sociedad Argentina de Medicina (SAM), investigadores participantes del ensayo clínico que determinó la efectividad de uso e investigadores independientes.

La recomendación oficial indica que el tratamiento podrá ser administrado “en pacientes con enfermedad severa con hasta 10 días desde el inicio de los síntomas, con diagnóstico confirmado de COVID-19”.

En el ensayo clínico realizado en el país se analizó la seguridad y eficacia en una muestra de 242 pacientes adultos (18 a 79 años) en 19 hospitales y clínicas de AMBA, Neuquén y Tucumán. El promedio de edad fue de 54 años, con una participación mayor de hombres (65%

varones y 35% mujeres). No se incluyeron niños.

En el caso del plasma de convalecientes, el consenso involucra a la Asociación Argentina de Hemoterapia, Inmunohematología y Terapia Celular (AAHITC), al Grupo Cooperativo Iberoamericano de Medicina Transfusional (GCIAMT), la Sociedad Argentina de Infectología (SADI), el Consorcio de Instituciones coordinado por el Hospital Italiano de Buenos Aires, la Fundación Infant y el Ministerio de Salud de la Nación. Esas instituciones concluyeron que se debe administrar plasma de convalecientes de COVID-19 en pacientes mayores de 75 años con menos de 72 horas de iniciados los síntomas, que no presenten criterios de gravedad y que cuenten con diagnóstico confirmado de COVID-19.

Existen en la literatura, publicaciones de reportes de casos y de pequeñas series de casos sobre el uso de plasma de convaleciente en niños con COVID-19 grave, con resultados promisorios, sin embargo, debido a la baja frecuencia de presentación de casos graves en niños, no existen aún ensayos clínicos randomizados que permitan establecer la eficacia real de esta terapéutica en pediatría. Existen estudios en adultos y niños, aun en marcha.

Se podría evaluar el uso de plasma de convalecientes bajo protocolo, para pacientes que presenten complicaciones graves o potencialmente mortales o formas moderadas con comorbilidad (que el médico considere que tienen un alto riesgo de progresión a enfermedad grave o potencialmente mortal). Se utilizará bajo protocolo de investigación avalado por un Comité de Ética y con consentimiento informado.

### **15. ¿Se debe cubrir con antibióticos un paciente con diagnóstico clínico/radiológico de neumonía siendo COVID-19 positivo?**

Si bien no está indicado el tratamiento antibiótico de rutina en los casos de neumonía con patrón típico de COVID-19 (vidrio esmerilado) e identificación viral positiva, en el caso de la presentación de neumonía consolidante, se debe mantener la indicación habitual de tratamiento antibiótico empírico, ya que no es posible descartar la coinfección bacteriana.

La vía de administración oral o endovenosa, y

la elección del antibiótico dependerá de diversos factores: edad, cuadro clínico (gravedad, uni o multifocal, con o sin derrame, etc.), epidemiología de la comunidad, calendario de inmunizaciones, enfermedad de base y antecedentes, entre otros.

### **16. Seguimiento del niño durante la enfermedad. Pautas de alarma**

Se debe monitorizar de cerca a los pacientes con COVID-19 en busca de signos de deterioro clínico, como insuficiencia respiratoria rápidamente progresiva y sepsis.

Se deben tener presentes los criterios clínicos de internación a lo largo de la evolución del cuadro de COVID-19 sintomático, se indicará internación en:

- 1.** Todo paciente que presente signos de insuficiencia respiratoria leve o moderada (tiraje, quejido, cianosis, taquicardia, apneas, taquipnea de  $\geq 70$  respiraciones/min en menores de 1 año o  $\geq 50$  en mayores de 1 año, gasometría arterial con  $\text{PaO}_2 < 60$  mmHg,  $\text{PaCO}_2 > 50$  mmHg, saturación menor o igual al 92 %) y que requiera tratamiento con oxigenoterapia;
- 2.** Todo paciente con antecedente de contacto con caso sospechoso de infección COVID-19, y que presente fiebre de  $37,5$  °C o más y/o - Dolor torácico - Signos de deshidratación - Incapacidad o dificultad para alimentarse - Irritabilidad, confusión, somnolencia o convulsiones - Compromiso cutáneo (acrodermatitis en dedos de los pies, vasculitis, rash eritematoso urticaria, exantema variceliforme).
- 3.** Todo paciente con patologías consideradas de riesgo que contraindiquen la asistencia domiciliar, independientemente de la clínica (inmunodeprimidos, cardiopatías congénitas, enfermedades neuromusculares y encefalopatías moderadas o graves, patología respiratoria crónica (fibrosis quística, displasia broncopulmonar, etc.),
- 4.** Pacientes con enfermedad de células falciforme homocigota o doble heterocigota.
- 5.** Pacientes con diabetes tipo 1 con mal control metabólico. Estos niños deben internarse siempre que se encuentran sintomáticos.

6. Considerar en todo paciente con convivientes vulnerables (embarazadas, ancianos, enfermos crónicos) en su núcleo familiar, sin posibilidad de mantener el aislamiento domiciliario entre sí.
7. Todo paciente con leucopenia y/o linfopenia moderada o grave o progresiva.
8. Todo paciente con radiografía de tórax con opacidades bilaterales en vidrio esmerilado y consolidaciones pulmonares múltiples o derrame pleural.

Para el caso de los niños inmunocompetentes que hayan requerido internación, y egresan de la institución antes de los 10 días, se mantendrá el aislamiento en el hogar hasta cumplir los 10 días totales desde el inicio de los síntomas. El alta infectológica (retiro del aislamiento) en el huésped inmunocomprometido se considerará luego de los 21 días desde el inicio de los síntomas, con el cuadro clínico resuelto y rt-PCR negativa, debido a que presentan excreción viral por más tiempo. Hasta ese momento deberán mantenerse las medidas de aislamiento de gota y de contacto en todos los ámbitos en donde circule el paciente.

### **17. Seguimiento postcovid. En adultos se describe un “síndrome post COVID” que incluye fatiga, disnea, tos persistente, dolor torácico, artralgias. ¿Qué se sabe de este síndrome en pediatría? (no se refiere al SIMS).**

En pediatría no se ha descrito un síndrome post COVID como en el adulto, sin embargo, muchos niños refieren astenia, anosmia o disgeusia durante varios meses posteriores a la infección.

Los pacientes que han requerido internación por su cuadro clínico, más aún los que han ingresado a UCIP, posiblemente requerirán controles posteriores clínicos, cardiológicos y neumonológicos. Recordar que un porcentaje importante de niños que cursan SIM podrán manifestar aneurismas coronarios.

### **18. Pautas de aislamiento y alta**

El aislamiento del niño COVID-19 positivo se realizará en su hogar con su familia, si esta situación no fuera posible de realizar o en el hogar conviviera con personas de riesgo, el aislamiento se realizará en los centros destinados para tal fin.

Estas pautas serán realizadas por los gobiernos de cada provincia de acuerdo a los índices epidemiológicos y la situación del momento.

### **19. ¿Cuándo se puede regresar a la actividad escolar después de la infección por COVID-19?**

Es muy importante que en el marco de la pandemia de COVID-19, todos los actores (padres, alumnos y educadores) tengan el máximo compromiso dado el particular contexto epidemiológico y respetar siempre la indicación del médico de cabecera o la autoridad sanitaria que asesore al establecimiento educativo. El tiempo indicado para regresar a la actividad escolar, después de tener COVID-19 oscila entre 10 a 14 días.

### **20. ¿Qué experiencia hay con las vacunas para el COVID-19 en niños?**

A partir de la presentación por Pfizer-BioNTech de los resultados de su ensayo de fase 3 de la vacuna ARNm BNT162b2 en niños de 12 a 15 años, con una adecuada inmunogenicidad, eficacia y seguridad, varios países autorizaron su uso en este grupo de edad. Los resultados publicados indican que, sobre 2.260 adolescentes de 12 a 15 años, 1131 recibieron la vacuna y 1.129 recibieron placebo, los efectos adversos fueron leves a moderados y la eficacia de la vacuna fue de 100%.

En este contexto, *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) emitió una reciente recomendación donde indica que se debe considerar cuidadosamente la situación epidemiológica y la disponibilidad de la vacuna en los grupos de mayor edad, antes de dirigirse a este grupo etario. En el mismo informe, destaca que la vacunación de adolescentes con alto riesgo de COVID-19 grave debe considerarse una prioridad, al igual que con otros grupos etarios. Los niños que se beneficiarán mayormente con las vacunas serán aquellos con afecciones como enfermedades oncológicas, trastornos cardíacos, asma, diabetes, hipertensión o enfermedad renal.

También se evalúa vacunar a los niños en general, ya que ellos representan cerca del 20% de la población, por lo cual sería necesario para llegar a la inmunidad de rebaño.

Otras vacunas como la de Moderna, Aztra Zeneca, Janssen, Sinopharm, Sinovac, están

realizando trabajos de investigación en la edad pediátrica.

## 21. ¿Existen datos de intercambiabilidad de vacunas?

Si bien se encuentran en desarrollo estudios de intercambiabilidad de vacunas contra la COVID-19 desarrolladas a través de distintas plataformas, por ejemplo vacuna con Adenovirus como vector con vacuna con ARNm recombinante, a la fecha de este informe no hay recomendaciones sobre este aspecto tanto en adultos como en niños.

## 22. ¿Puede aplicarse una vacuna de igual preparación, pero de diferente laboratorio, por ejemplo, la Sputnik una dosis y la segunda de Astra Zéneca, creadas sobre un vector de ADN?

No se dispone de datos definitivos hasta el momento con las vacunas disponibles en nuestro medio, sobre la intercambiabilidad entre las diferentes vacunas contra COVID-19, por lo que se recomienda completar el esquema con la misma vacuna que se inició.

Las vacunas ChAdOx1-S (como AstraZeneca y Covishield®), corresponden a la misma vacuna elaboradas por transferencia de tecnología de distinto laboratorio productor. Por lo cual, en esa situación, no se trataría de “intercambiabilidad de productos” sino de productores, lo que permite combinarlas en su utilización.

Estas recomendaciones quedan sujetas a actualización en la medida que se disponga de más información.

Hay países que decidieron cambiar la segunda dosis de la vacuna Astra Zéneca por la de Pfizer/BioNTech. Hay datos preliminares de ensayos de combinación realizados en Reino Unido y España.

El Reino Unido ha lanzado un ensayo con 820 personas en que combinan las vacunas de Astra-Zeneca y Pfizer con diferentes intervalos, y se esperan tener resultados próximamente. Un segundo estudio con otras combinaciones también está en curso.

El Instituto de Salud Carlos III (ISCIII, Madrid, España) también comenzó un ensayo para evaluar

la vacunación con Pfizer en 600 individuos que recibieron una primera dosis de Astra-Zeneca.

En Canadá se actualizó la recomendación sobre intercambiabilidad de vacunas autorizando a dar como segunda dosis la de Pfizer/BioNTech o Moderna en personas que recibieron Astra Zéneca como primera dosis.

La posibilidad de **combinar diferentes vacunas** es importante porque **podría permitir programas de inmunización más flexibles** y avanzar así en la estrategia de vacunación contra la COVID-19.

En Argentina todavía no se ha implementado la intercambiabilidad de las diferentes vacunas. Por ahora la escasa bibliografía de que se dispone se ha trabajado con vacunas como Moderna y Pfizer de ARNm que no están disponibles en nuestro medio. Con la vacuna Sputnik V se iniciaron estudios en nuestro país.

La Comisión Nacional de Inmunizaciones (CONAIN) espera los datos de la evidencia médica sobre la combinación de AstraZéneca y Sputnik V, por lo cual y hasta el momento de este escrito no se sugiere recurrir a esquemas mixtos.

## 23. La vacuna de Astra Zéneca logra mayor inmunidad cuando la 2<sup>da</sup> dosis se aplica a los 2 o 3 meses de la primera ¿ocurre lo mismo con el resto de las vacunas cuya preparación tiene un origen diferente o de la propia Sputnik de igual elaboración?

Un intervalo de dosis de 3 meses podría tener ventajas sobre un programa con un intervalo de dosis corto para el lanzamiento de una vacuna pandémica a fin de proteger al mayor número de personas de la población lo antes posible cuando los suministros son escasos, al tiempo que mejora la protección después de recibir una segunda dosis. Los análisis exploratorios muestran que se obtiene mayor eficacia de la vacuna con un intervalo de refuerzo más prolongado.

- Pfizer/BioNTech (BNT162b2) presenta un esquema de 2 dosis con 21 días de diferencia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó esperar no más de seis semanas entre la primera y la segunda dosis de la vacuna Pfizer.
- Moderna (mRNA-1273) presenta un esquema de 2 dosis con 28 días de diferencia.

- Janssen Pharmaceuticals Companies of Johnson & Johnson tiene un esquema de una única dosis.

La CONAIN **prioriza la aplicación de la primera dosis de vacunas contra COVID-19 en la población objetivo, difiriendo la segunda dosis de las vacunas Sputnik V, Covishield/ChadOx-1 a un intervalo mínimo de 12 semanas (3 meses) desde la primera dosis, mientras que la vacuna Sinopharm® vacuna SARS-CoV-2 inactivada se aplicará con un intervalo de 28 días (1 mes) entre ambas dosis.**

**Importante: La recomendación hace referencia a la extensión del intervalo entre las dosis y no a la suspensión de la segunda dosis**

Después de los 3 meses de la primera dosis, se sugiere la aplicación de la segunda dosis en forma escalonada priorizando de manera secuencial la población de mayor riesgo de enfermedad grave (mayores de 60 y personas entre 18 y 59 años con factores de riesgo) para completar esquema.

Dada la situación del personal de salud incluyendo quienes están licenciados, se recomienda completar los esquemas de vacunación contra COVID-19 con intervalos convencionales, **en aquellos que realicen actividad asistencial con alta exposición al virus SARS-CoV-2 o que manipulen muestras clínicas que puedan contenerlo.**

## 24. ¿Las vacunas fabricadas a través de un vector viral entran en la categoría de vacunas a virus vivos atenuados?

No. Aquí se muestra a continuación como es la diferencia entre lo que son vacunas a virus vivos inactivados y atenuados con respecto a los que usan un vector viral.

### Vacunas inactivadas

La primera de las estrategias que pueden utilizarse para diseñar una vacuna es aislar el virus patógeno, o uno muy parecido, e inactivarlos o destruirlos por medio de sustancias químicas, calor o radiación (por ejemplo, este método se utiliza para fabricar las vacunas antigripales y antipoliomielíticas); además, la técnica hace posible fabricar vacunas a una escala aceptable.

Sin embargo, para llevar a cabo este método es necesario contar con laboratorios especiales

para cultivar los virus o las bacterias de forma segura, la técnica suele conllevar tiempos de fabricación relativamente largos, y por lo general las vacunas resultantes deben aplicarse en pautas de dos o tres dosis.

### Vacunas atenuadas

Para diseñar las vacunas atenuadas se utilizan los virus patógenos y se mantienen activos pero debilitados. La vacuna de tipo SPR (con componente antisarampionoso, antiparotidítico, y antirubeólico), y las vacunas contra la varicela y contra el zóster son ejemplos de este tipo de vacuna. En esta estrategia se utiliza tecnología parecida a la de las vacunas inactivadas; además, es posible fabricar grandes cantidades de vacuna. Sin embargo, en ocasiones no es conveniente aplicar vacunas de este tipo a las personas inmunodeprimidas.

### Vacunas basadas en vectores víricos

Las Vacunas contra la COVID-19 que utilizan como plataforma una versión modificada de otro virus, no replicativo, que actúa como vector, para transportar fragmentos específicos (llamados "proteínas", en este caso, la proteína Spike que está presente en la superficie del virus que causa el COVID-19) con el fin de que éstos induzcan una respuesta inmunitaria sin llegar a causar la enfermedad. Por ejemplo, la vacuna contra el ébola es una vacuna basada en un vector vírico. Este tipo de vacuna puede desarrollarse rápidamente. ¿Cómo actúan?

- **Primero**, el vector ingresa a una célula dentro de nuestro organismo y usa la maquinaria celular para producir una porción **inocua** del virus que causa el COVID-19. Esta porción se conoce como proteína Spike que está presente en la superficie del virus que causa el COVID-19.
- **Luego**, la célula despliega la proteína Spike sobre su superficie, y nuestro sistema inmunitario reconoce que no pertenece al sistema. Esto desencadena una respuesta de nuestro sistema inmunitario, que comienza a producir anticuerpos y activar otras células inmunitarias para combatir lo que considera una infección.
- **Al final del proceso**, nuestros organismos habrán aprendido cómo protegernos de una infección futura por el virus que causa el COVID-19. El

beneficio es que recibimos la protección de una vacuna sin tener que arriesgarnos a sufrir las consecuencias graves de contraer el COVID-19.

La vacuna **SPUTNIK V** se obtiene por biotecnología, y no contiene al virus SARS-CoV-2 ni su genoma completo. El producto consta de dos componentes: “componente 1” y “componente 2”. El componente 1 incluye como **vector un adenovirus recombinante no replicativo basado en el serotipo 26 de adenovirus humano que porta el gen de la proteína S del virus SARS-CoV-2**; el componente 2 incluye un vector basado en el serotipo 5 de adenovirus humano que porta el gen de la proteína S del virus SARS-CoV-2.

#### Otras vacunas de este grupo son:

- Las desarrolladas por la **Universidad de Oxford en asociación con AstraZeneca cuyo vector es un adenovirus de chimpancé.**
- **CanSino Biological Inc/Instituto de Beijing de Biotecnología** Vector viral no replicante adenovirus **tipo 5.**
- **Janssen** Vector viral no replicante **adenovirus tipo 26.**

## 25. Personal de salud con dos dosis de vacuna y mortalidad por enfermedad Covid

### Seguimiento del plan

#### de vacunación COVID-19 Argentina

Ministerio de Salud Argentina (MSA).

Fuente de datos NOMIVAC.

<b>Dosis aplicadas:</b>	<b>20.156.628 aplicaciones</b>
<b>Dosis distribuidas</b>	<b>24.285.391 dosis</b>
<b>Vacunados con una dosis:</b>	<b>16.173.340 personas</b>
<b>Vacunados con dos dosis:</b>	<b>3.983.288 personas</b>
<b>Personal de salud:</b>	<b>3.554.563 personas</b>

En la provincia de Córdoba la cobertura del equipo de Salud al 25/06/2021 con la vacunación contra COVID-19: 1ª dosis 81.299 y con la 2ª 63.799. El porcentaje del equipo de salud con mayor exposición representa el 98%.

Entre las personas en general con el esquema completo, tres semanas **después de la segunda dosis, falleció por COVID-19 el 0,003 por ciento según datos del MSA.** Las vacunas no protegen 100% las formas graves, por lo cual las medidas de protección del personal de salud con el equipo de protección personal son indispensables para evitar contagios.

**La eficacia de las vacunas se ha medido por su capacidad de prevenir el desarrollo de síntomas, pero aún no hay datos suficientes para saber si también son capaces de evitar la infección. Un estudio realizado por la Agencia de Salud Pública del Reino Unido descubrió al estar inmunizada, una persona contagia menos a su familia. Es decir, al vacunarse, una persona se beneficia a sí misma y a sus convivientes.**

## BIBLIOGRAFÍA

### Bibliografía Preguntas 1-4

- Ministerio de Salud de Argentina. Sala de situación COVID-19: Niñez/adolescencia y COVID-19 al 01/06/2021. Disponible en: <https://bit.ly/3pJpYti>.
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad por Coronavirus (COVID-19). 19 de junio de 2021, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021.
- Gaythorpe K A, Bhatia S, Mangal T, et al. Children’s role in the COVID-19 pandemic: a systematic review of early surveillance data on susceptibility, severity, and transmissibility. Imperial College London. 3–26. <https://doi.org/10.25561/84220>.
- Viner R M, Mytton O T, Bonell C, et al. Susceptibility to SARS-CoV-2 Infection among Children and Adolescents Compared with Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Pediatrics, 175(2), 143–156. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.457>.
- Leidman E, Duca LM, Omura JD, Proia K, Stephens JW, Sauber-Schatz EK. COVID-19 Trends Among Persons Aged 0–24 Years — United States, March 1–December 12, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2021; 70:88–94. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7003e1>.
- Harris DN, Ziedan E, Hassig S. The effects of school reopening on COVID-19 hospitalizations. New Orleans, LA: National Center for Researcho-

nEducation Access and Choice; 2021. <https://www.reachcentered.org/publications/the-effects-of-school-reopenings-on-covid-19-hospitalizations>.

- Dong Y, Mo X, Hu Y, Qi X, et al. Epidemiology of COVID-19 Among Children in China. *Pediatrics*. 2020; 145(6):e20200702.
- Hoang A. et al . COVID-19 in 7780 pediatric patients: A systematic review. *EClinicalMedicine*. 2020;100433. DOI:10.1016/j.eclinm.2020.100433.

### Bibliografía Preguntas 5-7

- Guo Y-R, Cao Q-D, Hong Z-S, Tan Y-Y, et al. The origin, transmission and clinical therapies con coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak – an update on the status. *Mil Med Res*. 2020; 7(1):11.
- Wiersinga WJ, Rhodes A, Cheng AC, Peacock SJ, et al. Pathophysiology, -Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review. *JAMA*. 2020; 324(8):782-93.
- Cevik M, Kuppalli K, Kindrachuk J, Peiris M. Virology, transmission, and pathogenesis of SARS-CoV-2. *BMJ*. 2020; 371:m3862.
- World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19): Health Emergency --Dashboard. [Acceso: 28 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://covid19.who.int>.
- Verdoni L, Mazza A, Gervasoni A, Martelli L, et al. An outbreak of severe Kawasaki-like disease at the Italian epicenter of the SARS-CoV-2 epidemic: an observational cohort study. *Lancet*. 2020; 395(10239):1771-8.
- Feldstein LR, Rose EB, Horwitz SM, Collins JP, et al. Multisystem Inflammatory Syndrome in U.S. Children and Adolescents. *N Engl J Med*. 2020; 383(4):334-46.
- Ahmed M, Advani S, Moreira A, Zoretic S, et al. Multisystem inflammatory syndrome in children: a systematic review. *E Clinical Medicine*. 2020; 26:100527.

### Bibliografía Preguntas 8

- World Health Organization. COVID-19 clinical management: living guidance. 25 January 2021.
- TIPs. Programa de actualización. Temas de Infectología Pediátrica. COVID-19. Sociedad Argentina de Pediatría. Módulo 13, 2021.
- CDC-People with Certain Medical Conditions. Updated May 13, 2021. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/>

people-with-medical-conditions.html#children-underlying-conditions.

- Recomendaciones y procesos de atención para los servicios de emergencia e Internación. Ministerio de Salud de la República Argentina. 29 de mayo de 2020.

### Bibliografía Preguntas 9

- Ensínck G, Gregorio G, Flores RM, Crowe CI, et al. Consenso sobre el tratamiento del síndrome inflamatorio multisistémico asociado a COVID-19. *Arch Argent Pediatr* 2021;119(4):S198-S211.
- Harwood R, Allin B, Jones CE, Whittaker E, et al. A national consensus management pathway for paediatric inflammatory multisystem syndrome temporally associated with COVID-19 (PIMS-TS): results of a national Delphi process. *Lancet Child Adolesc Health*. 2021 Feb;5(2):133-141.
- García-Salido A, Antón J, Martínez-Pajares JD, Giralt García G, Gómez Cortés B, et al. Documento español de consenso sobre diagnóstico, estabilización y tratamiento del síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico vinculado a SARS-CoV-2 (SIM-PedS). *An Pediatr (Barc)*. 2021 Feb;94(2):116e1-116e.11.

### Bibliografía Preguntas 10

- Consenso sobre el uso de pruebas diagnósticas para SARS-CoV-2. Version 2. Ministerio de Salud de la Nación. 3 de Mayo 2021.
- Butler-Laporte G, Lawandi A, Schiller, I, et al. Comparison of Saliva and Nasopharyngeal Swab Nucleic Acid Amplification Testing for Detection of SARS-CoV-2. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2021;181(3):353-360. doi:10.1001/jamainternmed.2020.8876.
- Yokota I, Shane P, Okada K, et al. Mass screening of asymptomatic persons for SARS-CoV-2 using saliva. *Clinical Infectious Diseases*, 2020; 1-24.
- Al Suwaidi H, Senok A, Varghese R, et al. Saliva for molecular detection of SARS-CoV-2 in school-age children. *Clin Microbiol Infect*. 2021; 19:S1198-743X(21)00084-7. doi: 10.1016/j.cmi.2021.02.009. Epub ahead of print. PMID: 33618013; PMCID: PMC7894096.
- Yee R, Truong TT, Pannaraj PS, Eubanks N, Gai E, Jumarang J, Turner L, Peralta A, Lee Y, Dien Bard J. Saliva Is a Promising Alternative Specimen for the Detection of SARS-CoV-2 in Children and Adults. *J*

ClinMicrobiol. 2021 Jan 21;59(2):e02686-20. doi: 10.1128/JCM.02686-20. PMID: 33239380.

### Bibliografía Preguntas 11-13

- Lihua Wang, Yeerfan Jiaerken, Qian Li An Illustrated Guide to the Imaging Evolution of COVID in Non-Epidemic Areas of Southeast China Front. Mol. Biosci., 28 May 2021. <https://doi.org/10.3389/fmolb.2021.648180>.
- Caro-Dominguez P, Cheng S, Toso S et al. Pediatric Radiology Thoracic imaging of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in children: a series of 91 cases. Collaborators of the European Society of Paediatric Radiology Cardiothoracic Task Force Received: 13 April 2020 / Revised: 14 May 2020 / Accepted: 25 May 2020.
- Lund LC, Kristensen KB, Reilev M, et al. Adverse outcomes and mortality in users of non-steroidal anti-inflammatory drugs who tested positive for SARS-CoV-2: A Danish nationwide cohort study. PLoS Med. 2020;17(9):e1003308. Published 2020 Sep 8. PMID: 32898149 DOI:10.1371/journal.pmed.1003308.
- Rinott E, Kozer E, Shapira Y, Bar-Haim A, Youngster I. Ibuprofen use and clinical outcomes in COVID-19 patients. 2020 Jun 12 [epub ahead of print]. Clin Microbiol Infect. 2020;26(9):1259.e5-1259.e7. PMID: 32535147 DOI:10.1016/j.cmi.2020.06.003.
- Chandan JS, Zemedikun DT, Thayakaran R, et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and susceptibility to COVID-19. 2020 Nov 13 [Epub ahead of print]. Arthritis Rheumatol. 2020;10.1002/art.41593. PMID: 33185016 DOI:10.1002/art.41593.

- Wong AY, MacKenna B, Morton CE, et al. Use of non-steroidal anti-inflammatory drugs and risk of death from COVID-19: an OpenSAFELY cohort analysis based on two cohorts [published online ahead of print, 2021 Jan 21]. Ann Rheum Dis. 2021;annrheumdis-2020-219517. PMID: 33478953 DOI:10.1136/annrheumdis-2020-219517.

### Bibliografía Preguntas 20-22

- Interim public health considerations for COVID-19 vaccination of adolescents in the EU/EEA. European Centre for Disease Prevention and Control. Jun 2021
- Phase 3 trial see <https://www.pfizer.com/news/press-release/press-release-detail/pfizer-biontech-announce-positive-topline-results-pivotal>.
- Should we vaccinate children against SARS-CoV-2? June 10, 2021 [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00339-X](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00339-X).

### Bibliografía Preguntas 23-25

- Lineamientos Técnicos Resumen de recomendaciones vigentes para la Campaña Nacional de Vacunación contra la COVID-19 10 de junio de 2021.
- Voysey M, Costa Clemens S, Madhi S, Weckx L, Folegatti P, Aley P, et al. Administración de dosis única e influencia del momento de la dosis de refuerzo en la inmunogenicidad y eficacia de la vacuna ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222). Lancet 2021; 397 (10277): 881–891.
- Fuente: Sistema integral para la gestión de la Información en Programas de Salud (SIGIPSA).



## Qué debe saber el pediatra sobre:

# MOVILIDAD SUSTENTABLE, SOSTENIBLE Y SEGURA

## Un cambio de paradigma saludable y feliz

**Dr. Lucas Navarro**

Médico Pediatra. Secretario del Comité Nacional de Prevención de Lesiones. SAP

**Lic. Axel Dell'Olio**

Lic. en Prevención Vial y Transporte. ADISIV

Movilidad sustentable se trata de lograr que la manera en que nos transportamos, ya sea desde el transporte público hasta andar a pie, sea incluyente, eficiente, responsable, respetuosa y consciente de su impacto en el medio ambiente. Con una movilidad sustentable podríamos ir al trabajo o escuela en bicicleta de manera segura y sin temer por nuestras vidas. También podríamos reducir drásticamente los embotellamientos y las lesiones de tránsito, y contar con muchos más transportes no contaminantes. Sobre toda definición, la movilidad sustentable es una alternativa y tendencia mundial que desafía al modelo actual de movilidad centrado en el automóvil particular.

Micromovilidad es un término que se utiliza para describir a los medios de transporte que **sirven para recorrer distancias cortas**, habitualmente el primer o el último kilómetro de un trayecto, con un vehículo ligero.

Según explica Axel Dell'Olio, quienes trabajamos en salud o seguridad vial, tenemos fundamentos de sobra, para poder incentivarla, defenderla y promoverla, pero también corremos el riesgo de quedar obsoletos muy pronto. Mientras muchos se suben a la "movilidad sustentable", nace y se promueve en versión 3.0 de este planeta: la "micromovilidad". Es fundamental que los gobiernos sudamericanos se pongan a trabajar ya en ese sentido, porque son movimientos dinámicos en un mundo totalmente globalizado, siendo esencial entender, que debemos ser versátiles e invertir en estas nuevas "movilidades", que no dejan de ser formas de trasladarse más saludables. La bicicleta, el emblema de la primera, y el monopatín eléctrico o el roller, el máximo exponente

de la segunda, claramente guardan relación con la salud de cada individuo hoy y en un futuro, ya que nos invitan a bajarnos del vehículo tradicional, el auto, y subirnos a un elemento que, para funcionar, nos obliga a ejercitarnos sin darnos cuenta. Mientras vamos a trabajar, a visitar a un amigo o a estudiar, combatimos el sedentarismo, la obesidad, además de aportar otros beneficios como bajar las velocidades en el tránsito y, por ende, a la mitigación de lesiones en vía pública producto de la movilidad con máquinas de 1.000 o 15.000 kilos. Claramente movilidad sustentable es un tema de salud, de economía, de transporte, de tránsito, de espacios públicos más empáticos, disfrutables: espacios vivibles.

Aclara Lucas Navarro que, según indica la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tránsito deja como consecuencia cada año en el mundo 1.250.000 personas fallecidas por siniestros viales, entre 20 y 50 millones de lesionados y un costo de un promedio de 3% del PBI de cada país, estos datos son más visibles en países de ingresos bajos o medios, como Argentina.

Con el objetivo de reducir las víctimas en el tránsito y en concordancia con esta nueva sustentabilidad, la Organización de las Naciones Unidas y varios gobiernos a nivel mundial, optan por planes con una visión 360, ya que los problemas devenidos del transporte y la circulación, no son solamente un problema de transporte y tránsito; la salud, la educación, por ejemplo, también están involucrados.

Indica Dell'Olio: hoy estamos ante quizás un cambio de paradigma, es un momento de deconstrucción social mundial, donde lo estable-

cido, lo cierto, lo cotidiano, está en revisión, en jaque y es cambiante. En ese marco se aprueba la Agenda 2030 y con ello de los *Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)*. Se trata de diecisiete ambiciosos objetivos, desglosados en 169 metas, que precisan la colaboración de la sociedad civil y los sectores públicos y privados.

Los Objetivos y las metas pretenden ser de carácter integral y conjugan las tres dimensiones del desarrollo sostenible: la económica, la social y la ambiental por lo cual se considera que la sostenibilidad ambiental está estrechamente vinculada a la inclusión social y la atención de las necesidades de los más vulnerables.

Según aporta Axel Dell’Olio, si quisiéramos enmarcar el problema, dentro de este cambio de paradigma, donde el tránsito, la salud, la conciencia ciudadana, va mucho más allá de “ponete el casco” o “usá el cinturón”, podemos decir, que el 80% de la contaminación ambiental de las grandes ciudades, provienen de la combustión de los motores a explosión, que utilizan combustibles fósiles, energías no renovables; la emanación de dióxido de carbono, óxido de nitrógeno y óxido de azufre, destruyen el ozono, contribuyen a la creación del smog, al efecto invernadero y en el organismo produce múltiples enfermedades respiratorias.

Otro problema asociado es, el espacio ocupado por los vehículos a motor que han sabido ser

el protagonista del Siglo XX, pero, que claramente no lo serán en el siglo XXI, sobre todo por la conciencia ambiental que se despertó en estas últimas décadas de manera definitiva y absoluta, en las generaciones nuevas y modificando en muchos casos, comportamientos de generaciones más longevas. ¿Será que el auto, pasará entonces a ser sustituido por otros tipos de movilidades sustentables, ecológicas y micro? Ya que cuanto menos espacio ocupen mucho mejor.

Por otro lado podemos poner un signo de pregunta en ver si el bus tradicional, conocido y aceptado por todos nosotros actualmente, es “el transporte público”, ¿qué pasa con los metrotranvías, con los vehículos de movilidad propia (VMP) o bicicletas dentro de las ciudades como servicio público?, ¿por qué no podría ser una alternativa que complementa a ese transporte público? Estas movilidades que se vuelven más eléctricas y menos contaminantes, son alternativas que harán ciudades más empáticas, peatonales, de velocidades bajas “keep calm” o “Zonas 30” cómo se las llama, donde la exposición de cada ciudadano al riesgo, es directamente proporcional con el tipo de vehículo conducido y la velocidad desarrollada.

Detalla Lucas Navarro, que los VMP, son los llamados vehículos de movilidad personal o propia, conocidos también, como vehículos de última milla, el concepto central, es el de ser el nexo para realizar el último tramo de viaje, luego





de haber utilizado un transporte público, algunos exponentes de los VMP, son los monopatines, patinetas eléctricas, bicicletas o scooters eléctricos. Es fundamental comprender que son vehículos concebidos en principio para ser utilizados a velocidades de entre 6 y 25 km/h. Las regulaciones por parte del Estado deben ser claras, exigiendo casco homologado, luces, frenos y velocidades máximas permitidas.

Como incentivo y concientización, sumado al día mundial de la bicicleta el 3 de junio de cada año, se promueve el 10 de julio, como día mundial del VMP desde diferentes organizaciones, entre las que la Asociación para la Disminución de Siniestros Viales (ADISIV) en Argentina. Definitivamente el futuro llegó, aclara Axel Dell'Olio, es



central trabajar hoy en una infraestructura segura, para lograr una saludable convivencia entre una máquina de 1.000/1.500 kilos y una persona de 60/80 kilos que camine o vaya simplemente en su monopatín de 12 o su bici de 15 kilos, trabajar en un espacio donde la velocidad, sea la misma que la que puede desarrollar una bicicleta, entre 15 a 24 km/h en situaciones habituales.

Es importante comprender que cuando se habla de movilidad sustentable, sostenible y segura, no se habla solamente de la bici, es algo más profundo donde el individuo, pasa a ser más importante que una máquina, y no solamente el individuo peatón o el que se sube a uno de estos elementos saludables y sustentables, sino el otro, es un sistema más empático.

En cuanto a qué podemos recomendar a padres y pacientes en el consultorio del pediatra, Lucas Navarro comenta, que se debe registrar en la historia clínica cómo se trasladan las familias y los niños, aprovechar el espacio para incentivar la caminata, el ejercicio aeróbico, el uso de la bicicleta o de dispositivos de micromovilidad; recordando la importancia de los elementos de protección: casco homologado, dispositivos lumínicos o retro reflectantes, ropa clara para ser visto, utilizar los espacios destinados a estas movilidades y respetar las normas de tránsito.

En estos meses de pandemia hicimos todos a nivel mundial un curso rápido y obligatorio de autocuidado, donde la conciencia y el respeto por el otro con el uso del barbijo o el alcohol en gel, nos demostró que entre todos podemos hacer un cambio y no, que el cambio lo haga solamente el otro. Propiciar en nuestro entorno un espacio seguro para dejar una bicicleta esta-





cionada, pensar en un consultorio donde exista un lugar de guarda para un VMP, es promover su uso; empoderarnos de herramientas que nos permitan conocer que es tan importante en uno de estos vehículos un casco, como central e igual de fundamental, el uso de elementos luminosos que nos hagan visibles, que es imprescindible mantener los frenos, el inflado de neumáticos, el respeto por la velocidad, lo realmente importante es disfrutar un viaje placentero y saludable.

Promover sistemas de transporte sostenibles, desde la infancia y de manera responsable, como se fomenta desde Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) y ADISIV, es responsabilidad de los adultos a cargo. Según Axel Dell'Olio, mientras se liberan endorfinas, se oxigena la sangre, disminuye

el stress del tránsito, se ocupa menos espacio, se contamina menos el aire y el ambiente sonoro, también se mejora la postura corporal, combatimos obesidad y mejora la capacidad pulmonar. A veces se resume todo esto en "mejor nos movemos en bici".

Quizás sea eso un paso hacia la nueva evolución, a una vida más saludable, más calma y que tenga más oxígeno en una época en la que cada vez que nos sacamos el barbijo, nos damos cuenta lo importante que es respirar "aire puro".

El Comité Editorial agradece a la *Dra. María Cecilia Rizzuti*, la gestión y revisión del artículo presentado.



## Historia de nuestros hospitales

# HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS “Dr. JOSÉ MARÍA PENNA”

**Dra. Rosa Pappolla**

Médica Pediatra especialista en Adolescencia. Sexóloga Clínica  
Jefa de División Programas y Centros de Salud Área Programática. Htal. Penna CABA  
Secretaria de Comités y Grupos de Trabajo SAP

Hacia fines del siglo XIX, en la ciudad de Buenos Aires, varios factores, como el aumento de la población, las condiciones ambientales paupérrimas del sur de la Ciudad y las consecuencias sanitarias y diezmatas que dejaba, en 1871, la fiebre amarilla, llevaron en 1905 a la inauguración de la “Estación Sanitaria Nueva Pompeya” en la Av. Caseros 3450, hito donde empieza a escribirse la historia del Hospital Penna.

La Estación debía responder a emergentes sanitarios que hacían, y aún hoy representan, a la inequidad, la vergüenza y la falta en el ejercicio de los Derechos. Así, se intentaba dar respuesta a la tuberculosis, la sífilis y otras enfermedades de transmisión sexual.

En su entorno, calles de tierra, bañados, casas de estilos eclécticos representadas para su construcción, por el cartón y las latas (de allí la denominación y la letra tanguera “*Del barrio de las latas se vino para el centro...*”).

La comunidad era abarcada y abrazada por obreros de los corrales, artesanos de diferentes oficios y la presencia de diferentes inmigrantes europeos que habían cruzado el Atlántico, con el puente Alsina y los versos de Homero Manzi surcando geográfica y poéticamente sus arrabales.

La Estación continuó firme en sus objetivos, pero quedaba muy empequeñecida ante los reclamos del día a día.

El 11 de marzo de 1926 se coloca la piedra fundamental del “Hospital de Nueva Pompeya”, en las calles Almafuerte, ex Arenas; Tupungato, hoy Pedro Chutro; Aconcagua, hoy Cortejarena, y San Francisco, hoy Diógenes Taborda.

Pero nada era sencillo... El predio cedido por donación del Patronato de la Infancia, comprendía tierras bajas, inundables, rellenas con basuras, que luego obligarán a dar una lucha permanente a todo tipo de insectos. Así, y con ímpetu, en solo un año se limpiaron y nivelaron los terrenos, se construyeron los pabellones de





los consultorios externos y las dos salas de Cirugía y Clínica de hombres con 26 camas cada una, a un costo de ¡¡¡\$250.000!!!

Hacia 1928 se anexan dos manzanas linderas al hospital, desde la actual calle D. Taborda hasta Pepirí, también se suman otros Servicios y cambia la denominación del Hospital, que pasa a llamarse, como en la actualidad “Dr. José María Penna” en homenaje al higienista y ex director de la Asistencia Pública, creador y primer Director de la “Casa de Aislamiento” en 1880 (que luego sería en 1904, el Hospital Muñiz); realizador en 1906, de la primera campaña de desratización en la Capital Federal.

También, en 1928, el Hospital inaugura su primer consultorio para la niñez.

El entorno todo de la ciudad, comenzando la década del 30, ofrece ciertas mixturas: caballos y carruajes que van desapareciendo, la tierra entremezclada con el asfalto, la contabilización de un total de 3.500 tranvías, 908 ómnibus, 27.000 automóviles y un número similar de carruajes, la red del subte A ya en funcionamiento. La crisis del 30 impacta en toda la ciudad...

En los años 40, se recibe la donación Mouras destinada, exclusivamente, a la construcción de una Maternidad que será fundante del rol estelar

que el Departamento Materno Infantil aportará a la historia y a la actualidad Hospitalaria.

Promediando esta década cambia el destino mundial; el final de la Segunda Guerra Mundial atraviesa e impone nuevos paradigmas. Sudamérica y nuestro país muestran grandes transformaciones. En Argentina hay intentos de impulsar a la producción e industrialización nacionales que, desde esbozos y hasta nuestros días, se verán atravesados por intentos y desintegraciones sin alcanzar su fin primario.

Por otro lado, leyes laborales, sociales y las que hacen al Derecho a la Salud se gestionan y perduran hasta nuestros días, llegando a contar hoy con una Ley Básica de Salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con características de universalidad para la accesibilidad sanitaria.

La capacitación y la formación académica se afianzan en el Hospital y hacia fines de los años 50 y principios de los 60 comienza la Unidad Docente Hospitalaria.

Continúa el crecimiento de los Servicios y la demanda de los pacientes crece día a día.

A fines de los sesenta y principios de los setenta comienzan a proyectarse las primeras Residencias Médicas: Cirugía General, Clínica Médica, Tocoginecología, Diagnóstico por



Imágenes y Anatomía Patológica, que sufrirán algunas interrupciones por la Dictadura que azotó nuestro país.

Transitando los 80, con el retorno eterno y valorado de la Democracia, comienzan los inicios y concreción del Área Programática del Hospital Penna, surgida como el emergente de varias aristas, y reclamada por las necesidades comunitarias de la población de referencia; así comienzan las “prestaciones extra-muro” con un Pediatra, un Ginecólogo y una trabajadora Social en los alrededores de las calles Osvaldo Cruz y Luna, donde luego se emplazaría el Centro de Salud N° 8. Muchas deudas sanitarias y de DDHH requerían de un Hospital activo y con garantías para la Gestión de una Salud de Calidad con énfasis en la Promoción y Protección de la Salud.

Crecen las especialidades fundantes hospitalarias y, en 1991, el área quirúrgica es la primera en un Hospital General de Agudos, en incorporar la tecnología laparoscópica.

También, en los años 90 se incorpora la Residencia de Pediatría, y a posteriori, la residencia de Neonatología.

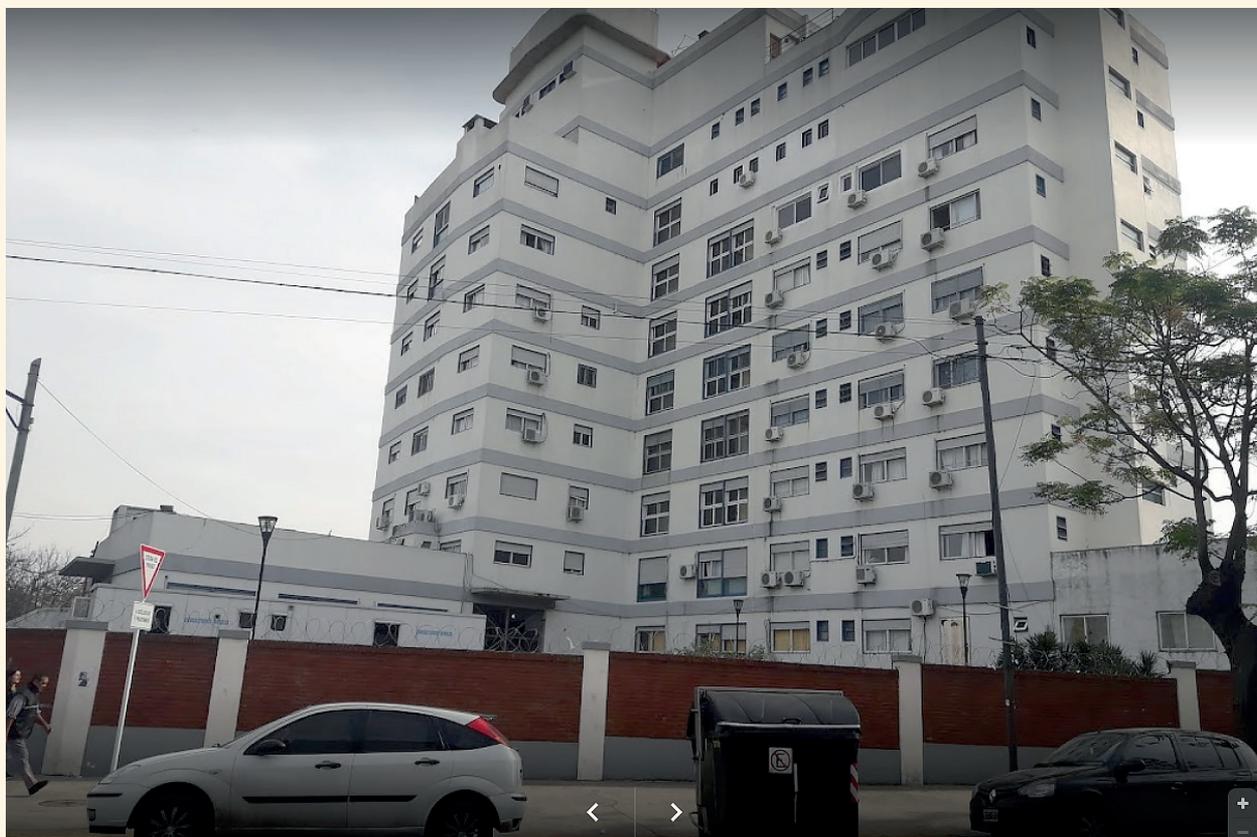
Comenzando el milenio, el área Materno Infantil se reestructura, a través de una donación,

con el edificio de Pediatría con guardia, atención ambulatoria de neonatos, niños, niñas y adolescentes e internación con 24 camas y, a posteriori, con la construcción de una Maternidad de 3° Nivel, con más de 3.500 partos anuales.

El Departamento de Área Programática, en su interrelación con la Comunidad y el Hospital, posee hoy a su cargo ocho Centros de Salud, la Sección Salud Escolar, Epidemiología, la División Promoción y Protección de la Salud, el Programa Cobertura Porteña, y a la División Programas y Centros de Salud. Su personal sanitario asciende a más de 400 personas.

Las actuales Residencias Hospitalarias y del Área Programática se ven representadas por: Clínica Médica, Pediatría, Tocoginecología, Cirugía General, Urología, Dermatología, Anatomía Patológica, Neurocirugía, Ortopedia y Traumatología, Medicina General y Familiar, Anestesiología, Trabajo Social, Psicopedagogía, Fonoaudiología, RIEPS (Residencia Integrada en Promoción de la Salud), Enfermería General, Integral y Comunitaria, Neonatología.

Desde hace más de 25 años el Hospital funciona en el horario matutino y vespertino, con todas sus prestaciones y en todos los efectores la informatización está presente.



Las áreas de la Ciudad con las que se georeferencia el Hospital encuentran hoy sus límites fluidos y convergentes en los siguientes barrios: Boedo, Parque Patricios, Barracas, Pompeya, Villa Soldati, Balvanera y Constitución, Villa 21-24 y Barrio Zavaleta. Se referencian además con todo el AMBA, en especial, con los municipios del Sur y las barriadas que se imbrican en todo el trayecto del Ferrocarril Belgrano Sur.

El entorno ha cambiado... el asfalto atraviesa toda la ciudad, somos estación "Hospitales" de la última línea de subtes: la H. En la última década, las manzanas lindantes están inmersas en el Polo Tecnológico y, a escasas cuadras, se encuentran varias dependencias del Gobierno de la Ciudad, incluida su Jefatura de Gobierno, junto a áreas ministeriales de Nación.

Confluyen, además, en nuestra área geográfica, seis hospitales monovalentes: Borda, Moyano, Sardá, Udaondo, Ferrer y Muñiz, el Complejo Médico de la Policía Federal "Hospital Churrucá Visca" y dos Hospitales Pediátricos: Pedro de Elizalde y Juan P. Garrahan.

Cabe destacar también que dos grandes pasiones futboleras nos abarcan y abrazan: San Lorenzo y Huracán.

A casi cuarenta años del retorno tan valorado de la Democracia, el Hospital y sus Centros de Salud van mostrando cambios, crecimientos y desafíos, sumando y aportando su sinergia en políticas sanitarias que siguen atravesadas por la heterogeneidad y por inestabilidades económicas y sociales, buscando la mejoría y mitigación de las condiciones sanitarias, siempre necesitando de varios actores y de estrategias fluidas para esta concreción.

**Nota del Editor:** La Dra. Rosa Pappolla, autora de este artículo, agradece la valiosa colaboración del Dr. Lucio Caputo y la Lic. Liliana Cattenazzi. Asimismo, agradecemos la participación de la Dra. Miriam Bonadeo, quien facilitó la redacción y edición del artículo.



## Perlitas legales

# CERTIFICADO MÉDICO

**Dra. Mercedes Regina Acuña**

*Especialista en Pediatría. Especialista en Medicina Legal. Abogada UCASAL.  
Diplomatura en Derecho de la Salud. UBA*

Es una manifestación unilateral de la voluntad que realiza una persona, en pleno uso de sus facultades mentales, con el objetivo que se respete su voluntad cuando quede privado de la capacidad, por alguna circunstancia que sobreviene al final de la vida. También pueden dar estas instrucciones precisas aquellas personas que sin padecer enfermedad alguna que amenace su vida, deciden dejar expresamente sus deseos referentes a los tratamientos médicos, en caso de padecer en el futuro una enfermedad o patología incurable que no les permita expresarse.

Podemos preguntarnos: ¿Quién mejor que uno mismo tiene para decidir lo que necesita hoy y en el futuro, hasta el día de su partida? Por ello la persona puede realizar lo que se llama **Declaración Vital**, que se encuadra en manifestaciones cuyo fundamento está basado en la autonomía decisoria sobre el propio cuerpo y en el derecho a contar un ámbito de reserva. Este es el fundamento del artículo 19 de la Constitución Nacional, que refiere: “todo lo que no está prohibido le está permitido a toda persona siempre que no se vea comprometido el orden y la moral pública ni perjudiquen a un tercero”.

“No hay fundamento superior que se oponga a la necesidad de las personas de solucionar una preocupación, cada vez más acuciante en la comunidad, provocada por la prolongación de la vida natural o en forma artificial” (Nelly Alicia Taiana de Brandi). Situación que en estos tiempos de pandemia COVID 19 estamos pasando por la devastación que ha provocado mundialmente, debido a la cantidad de fallecimientos ocurridos.

Había citado el artículo 19 de la Constitución Nacional, como fundamento de la Declaración Vital, pero se agregan además disposiciones que se encuentran bajo el amparo de los Derechos Humanos y Derechos Personalísimos de las personas, que surgen de los Pactos Internacionales,

incorporados a nuestros derechos por el artículo 75 inciso 22, de la Constitución Nacional y consagrados en el Código Civil y Comercial.

¿Y qué relata nuestro artículo 60 del Código Civil y Comercial? Las **Directivas Médicas Anticipadas**. La persona plenamente capaz puede anticipar directivas y conferir mandato respecto de su salud y en previsión de su propia incapacidad. Puede también designar a la persona o personas que han de expresar el consentimiento para los actos médicos y para ejercer su curatela.

Las directivas que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas se tienen por no escritas. Esto último significa que no están autorizadas en nuestro país, las prácticas eutanásicas por más que estén escritas por la persona en uso de sus facultades. Y agrega que esta declaración de voluntad puede ser libremente revocable, en cualquier momento. Se refiere a que puede quedar sin efecto al solo hecho de decidir que no acepta la directivas anticipadas en tiempos posteriores, anulándose las mismas.

Aclaro, entonces, que las directivas anticipadas que no están autorizadas en nuestro país son las que estipulan prácticas eutanásicas, es decir aquellas especificaciones que consistan en provocar la muerte de un paciente portador de una enfermedad mortal, a su requerimiento y en su propio beneficio, por medio de la administración de un tóxico o veneno en dosis mortal. Es considerado, entonces, como delito penal en nuestro ordenamiento jurídico.

También se cita el artículo 11 de la Ley de los Derechos del Paciente (Ley 26529/2009), y su modificatoria ley 26742 que establece: **Directivas Anticipadas**: “Toda persona capaz mayor de edad puede disponer de Directivas Anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos

o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deben ser respetadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes. El paciente puede designar interlocutor para que llegado el momento procure el cumplimiento de sus instrucciones, reconociendo las directivas anticipadas”.

Estas **Directivas Anticipadas**, requieren de plena capacidad, por lo cual debe ser mayor de edad, acorde también a lo que establece la Ley 26529 (Derechos del Paciente). Requiere la plena capacidad y tener cumplido 18 años para las Directivas Médicas Anticipadas. En el caso de ser adolescente (13-18 años), estando en padecimiento de una enfermedad final, tienen el derecho los padres, tutores o curadores, de solicitar una Medida Anticipada, siempre en conjunto con el menor, acorde a la capacidad progresiva de los niños, niñas y adolescentes que refiere el artículo 26 del Código Civil, en su párrafo quinto: - “Si se trata de tratamiento invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores; el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico. A partir de los dieciséis años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones al cuidado de su propio cuerpo”.

Por último agrego a todo este conjunto de normativas citadas, que se debe conocer que la Ley 26.529 y su reforma en el artículo 59 del Código Civil y Comercial, admite el derecho que le asiste al paciente a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimiento biológicos, incluidos procedimiento quirúrgicos, de hidratación y alimentación, de reanimación artificial y soporte vital (ventilación mecánica, sostén hemodinámico, oxigenoterapia, diálisis) acorde a artículos 2-inc e y 5-inc g de la ley 26529.

Transcribo el artículo 59 del Código Civil y Comercial; Inc. G: -“En caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estado terminal o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, el derecho a rechazar procedimientos quirúrgicos,

de hidratación, alimentación, reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a las perspectivas de mejoría, o produzcan sufrimiento desmesurado, o tengan por único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable”.

Ahora nos preguntamos; ¿cómo realizo una Medida Anticipada acorde a nuestra ley?

Nuestro Código contempla dos modalidades:

- a. Permite otorgar Medidas Anticipadas que impliquen dejar instrucciones por escrito.
- b. Designar a la persona o personas que han de expresar el consentimiento para los actos médicos y para ejercer la curatela.

Es muy útil la sumatoria del punto a más el punto b, debido a que la persona, al redactar las directivas anticipadas, solo puede prever algunas de las complicaciones que puedan ocurrir al final de la vida, pero se amplía si designa una persona para que, en ese momento final, exprese el consentimiento, permitiendo que decida sobre la salud de la persona en base al mandato real del incapaz, por relación de afecto y de acuerdo a las posibilidades de la ciencia médica al momento de la decisión.

Para ser más clara, no se necesita realizar las directivas anticipadas ante un escribano (art- 60 CC y C). Se descarta la necesidad de exigir formalidades especiales como regla ante la naturaleza de los actos comprometidos.

Este último punto es importantísimo para conocimiento de los profesionales médicos, debido que es sumamente conveniente saber de este bagaje de aspectos legales, que facilitan cuando el paciente está internado y el médico de cabecera, o el que lo asiste más cercanamente y está en contacto con la familia, por conocer el estado del paciente, el pronóstico de la enfermedad y la relación que mantiene con el enfermo, de contribuir en la emisión de la Directiva Anticipada.

Las Directivas Anticipadas son un proceso de pensamiento y reflexión en una etapa final de la persona. Cada uno tiene su tiempo y toma su decisión. Por lo que recalco debe el profesional médico a cargo, conocer que esto es un proceso de tiempo y debe contribuir al mismo para una decisión acorde a la situación clínica del paciente. Y debe además asumir que es importante que

el profesional que lleve adelante la comunicación con la persona que lo requiera, le dé información clara, pudiendo también dejar constancia en la Directiva Anticipada de su deseo de donar órganos y tejidos como acto de solidaridad luego de su muerte.

Para tranquilidad de los profesionales médicos por el temor legal, cito el artículo 11 bis, de la Ley 26742 de Muerte Digna: “ningún profesional interviniente que haya obrado de acuerdo con las disposiciones de la presente ley está sujeto a responsabilidad civil, penal ni administrativa derivadas del cumplimiento de las mismas”.

Como consejería, no debería estar bajo la espalda de un solo profesional médico el llevar adelante las **Directivas Médicas Anticipadas**; debe haber una planificación de los cuidados al final de la vida. Se amplía este concepto, PCFV (Dra. María S. Ciruzzi):

- Ofrecer información clara y precisa.
- Actuación de un equipo interdisciplinario.
- Continuidad de los cuidados.
- Discusión sobre la limitación de las intervenciones médicas.
- Revisión sobre las tecnologías e “invasiones” necesarias para mantener una calidad de vida aceptable.
- Provisión de un adecuado control de síntomas en el final de la vida.
- Suspensión del sostén vital frente a falta de beneficios en la calidad de vida.
- Cuidados centrados en el paciente y la familia.
- Asegurar los cuidados a la familia durante el proceso de la enfermedad que amenaza la vida y durante el proceso de duelo.
- Determinar el interlocutor: paciente-subrogante-equipo de salud.
- Constancia en Historia Clínica.

En todo Hospital, Clínica, Sanatorio público o privado, debe estar presente el Comité de Bioética, que colabore con textos de Directivas Anticipadas aprobadas por el mismo. Aunque

no implique que sean obligatorios utilizar estos textos. Pueden orientar al paciente a redactar el mismo o a su designado para tal fin. En aquellos Hospitales donde no haya Comité de Bioética, se debe aceptar igual la Directiva anticipada que exprese por escrito el paciente o su designado, que se adjunta a la Historia Clínica para respetarse los derechos del mismo en función de la protección de su autodeterminación y dignidad.

## BIBLIOGRAFÍA

- Directivas médicas anticipadas. Lamm Eleonora. Abogada. Doctora en derecho y bioética. Universidad de Barcelona. Subdirectora de Derechos Humanos de la S. C. de Mendoza. Directora de la carrera de Bioética y Bioderecho de la Universidad de Mendoza.
- Bioética Clínica. Toma de decisiones. Final de la vida. Legislación Internacional. Editorial Corpus. 2019. Dinah Magnante. Abogada (UMSA). Magister en Ética Biomédica (UCA).
- Power Point de Ley de Muerte Digna, Derechos al Final de la Vida, Cuidados Paliativos. Exposición del Observatorio de la salud, en el postgrado de Diplomatura del Derecho de la Salud de la UBA. Autora: Dra. María Susana Ciruzzi, Hospital de Pediatría S.A.M.I.C, Prof. Dr. Juan P. Garrahan. Comité Hospitalario de ética. Observatorio de la Salud-Facultad de Derecho-UBA.
- Revista de Bioética y Derecho. Perspectivas Bioéticas. Año 14- Numero 26-27- Primer y segundo semestre 2009. Directivas anticipadas: ejercicio de la autonomía prospectiva en caso de discapacidad o incompetencia. El acto de autoprotección. Pág. 113-121. Nelly Alicia Taiana de Brandi. Escribana Nacional Titular de Registro en Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Código Civil y Comercial de la Nación Argentina. 2014. Artículos 23, 25, 26, 59 y 60.
- Ley 26529. De los Derechos del Paciente.2009.
- Ley 26742. De Muerte digna.2012.
- Constitución de la Nación Argentina. Artículo 19.



# BOLETÍN BIBLIOGRÁFICO

Espacio creado por el *Dr. Ricardo Straface*

*Dr. Carlos Luzzani*

Médico Pediatra

## NOTIFICACIONES BREVES SOBRE PANDEMIA POR COVID 19

### Escolarización durante la pandemia: la enseñanza de España

La política de escolarización presencial adoptada por España después del primer confinamiento ha sido “una de las pocas historias de éxito” en la pandemia, aseguró el Dr. Quique Bassat, pediatra y epidemiólogo clínico del Centro de Investigación en Salud Internacional (CRESIB), en Barcelona, España, y coordinador del Grupo de Trabajo de la Asociación Española de Pediatría (AEP) para la Reapertura de la Escolarización.

“Setenta y cinco por ciento de los casos detectados en los colegios no ha dado pie a ninguna infección secundaria, lo que indica que los mecanismos de trazabilidad y aislamiento han funcionado. Asimismo, apenas ha habido brotes originados en los centros escolares, y los pocos que se han dado no han superados los dos o tres casos”, señaló el Dr. Bassat en el II Congreso Digital de la AEP. El especialista agregó que los casos detectados en las escuelas fueron en paralelo a los registrados en la sociedad, aunque el porcentaje de alumnos o docentes infectados ha estado en torno a 0,5 % la mayor parte del tiempo.

### La miocarditis por SARS-CoV-2 es distinta a la que provocan otros virus

La miocarditis asociada a COVID-19 es diferente a la causada por otros virus, como los de influenza, del resfrío común (adenovirus) o de inmunodeficiencia humana, dado que el coronavirus SARS-CoV-2 “parece tener un tropismo mucho mayor por las células endoteliales que por el propio músculo cardíaco, lo que estimula respuesta inflamatoria muy intensa con afectación del miocardio, pero sin mucho infiltrado celular”, afirmó un cardiólogo brasileño en el 41º Congreso de la *Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo* (Socesp).

La agresión al miocardio puede empezar tan pronto se manifiestan los síntomas, aunque la lesión también puede ser consecuencia indirecta de una reacción a mediadores inflamatorios. “Además de la fase aguda es importante realizar evaluación tardía de estos pacientes si presentan arritmia, fatiga y disnea”, recomendó el Dr. Félix Álvarez Ramíres, médico asistente del *Instituto do Coração* (Incor) del *Hospital das Clínicas* de la *Faculdade de Medicina* de la *Universidade de São Paulo* (HCFMUSP), en San Pablo, Brasil.

### Plasma de convalecientes salva vidas en pacientes con cáncer hematológico

Aunque la evidencia no apoya los beneficios extraordinarios que se esperaban en un comienzo del plasma de convalecientes en la infección con SARS-CoV-2, ese tratamiento todavía podría reducir 40 % el riesgo de mortalidad a los 30 días en los pacientes que tienen COVID-19 y algún cáncer hematológico, señala nuevo estudio retrospectivo publicado en *JAMA Oncology*.

Los investigadores analizaron registros médicos de 70 instituciones de Estados Unidos y compararon la evolución de 143 pacientes oncohematológicos tratados con plasma de convalecientes y 823 que no recibieron esa terapia. Los datos son “alentadores, pero la determinación de un efecto causal del tratamiento requerirá, en última instancia, un ensayo clínico diseñado de forma adecuada”, señaló un editorial que acompañó la publicación.

### Corticoesteroides para el síndrome inflamatorio multisistémico en niños

Los corticoesteroides pueden ser un tratamiento efectivo y asequible para el síndrome inflamatorio multisistémico que afecta a 1 de cada 50.000 niños infectados con SARS-CoV-2,

según un estudio de cohorte de 614 pacientes de 32 países publicado en *The New England Journal of Medicine*.

Aun con las reservas que impone que no haya sido un estudio prospectivo aleatorizado, los investigadores no hallaron diferencias en la evolución clínica y reducción de la inflamación (medida por niveles de proteína C reactiva) entre quienes recibieron solo corticoesteroides (n = 99) respecto de quienes fueron tratados con inmunoglobulinas intravenosas (n = 208) o con una combinación de ambos fármacos (n = 246), aunque en los tres casos la proteína C reactiva cayó a la mitad un día más rápido comparado con los 39 pacientes sin terapia inmunomoduladora.

### Sospechan que la helmintiasis podría reducir eficacia de vacunas

En áreas tropicales endémicas de helmintiasis la eficacia de las vacunas contra la COVID-19 podría verse disminuida por el posible impacto inmunorregulador de las infecciones intestinales por parásitos, sospechan especialistas de Venezuela, Estados Unidos y Colombia, en un editorial publicado en *Travel Medicine and Infectious Disease*. De confirmarse, sería conveniente tratar a los pacientes con antihelmínticos antes de la inmunización.

“Es una hipótesis válida y justifica realizar más investigación y una consideración cuidadosa”, opinó el Dr. Daniel Parker, profesor asistente del Programa de Salud Pública de la *University of California*, en Irvine, Estados Unidos.

**Matías A. Loewy**

*Medscape. Noticias y Perspectivas.*

*25 de junio de 2021*

### Variante delta: imposible predecir su impacto en Latinoamérica

La diseminación de las variantes del SARS-CoV-2 sigue patrones “caprichosos” según el lugar, influyendo factores tales como diferencias genéticas en las poblaciones, el clima, el cumplimiento de las medidas de salud pública, el azar o la competencia con otras variantes circulantes. La variante de interés lambda (C.37), por ejemplo, es dominante en Perú, pero no tuvo una diseminación explosiva en Ecuador o Colombia y, en Chile, hay indicios de que empieza a ser desplazada por la gamma (P.1). En Argentina,

gamma se dispersó menos de lo que se temía y la distribución de alfa (B.1.1.7) en varios países de la región fue limitada.

Por esa razón, pese a los temores que despierta la eventual propagación de la variante delta (B.1.617.2), “es muy difícil predecir el impacto de esa variante en la región”, dijo Jairo Méndez Rico, PhD., asesor regional en enfermedades virales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Hasta ahora se la detectó en 14 países y territorios de la región, incluyendo tres estados de México, aunque por lo general se trata de casos vinculados a viajes. Pero las vacunas no perdieron efectividad, no está claro que sea más agresiva y “las medidas de control de salud pública para cualquier variante siguen siendo las mismas. Así que a eso nos debemos enfocar”, recomendó Méndez Rico.

### Abordaje escalonado para detectar miocarditis en atletas

En jóvenes atletas que tuvieron COVID-19 la resonancia magnética cardíaca incrementó 7,4 veces la detección de miocarditis clínica y subclínica, según un estudio publicado en *JAMA Cardiology* después del examen de 1.597 atletas de 13 universidades de Estados Unidos. De todos modos, la prevalencia total fue baja: 2,3 %. En otra cohorte estadounidense de 789 deportistas profesionales que también atravesaron la enfermedad, se detectó alguna anomalía en niveles de troponina (0,8 %), electrocardiograma (1,3 %) y ecocardiograma (2,5 %), y la resonancia posterior confirmó miocarditis en 0,4 % y pericarditis en 0,3 %.

“Realizar cribado con base solamente en síntomas de COVID-19 no es sensible. La sensibilidad mejora con un algoritmo combinado de síntomas, Electrocardiograma, ecocardiograma y troponina, aunque ese enfoque nos haría perder los individuos que tuvieron evidencia de miocarditis por resonancia magnética cardíaca. Por ahora el abordaje escalonado pareciera ser una buena estrategia para la detección de enfermedad inflamatoria cardíaca en atletas jóvenes”, comentó la Dra. Cecilia Bahit, jefa de Cardiología de INECO Neurociencias Oroño, en Rosario, Argentina, y miembro del comité editorial de *Medscape en español*.

### La mejor receta contra la sobreinfección: una buena terapia intensiva

¿Uso indiscriminado de antibióticos? Nada de eso. Para prevenir la neumonía asociada al ventilador y otras sobreinfecciones bacterianas y fúngicas en pacientes con COVID-19 hospitalizados en unidades de cuidados intensivos, la mejor receta es practicar “una buena terapia intensiva”, aseguró la Dra. Denise Machado Medeiros, neumóloga e intensivista del *Instituto Nacional de Infectología Evandro Chagas* (INI) de la *Fundação Oswaldo Cruz* (Fiocruz), en Río de Janeiro, Brasil.

“Hay que seguir protocolos de desconexión del ventilador y sedación, realizar control glucémico, y hacer profilaxis de neumonía asociada a ventilador, de bacteriemia asociada a catéter y de *delirium*”, enumeró la Dra. Machado en el *XVII Fórum Internacional de Sepsis* organizado por el Instituto Latinoamericano de Sepsis (ILAS).

### Miopatía por COVID-19: la “culpa” no es del virus, sino de la respuesta inmune

La miopatía relacionada con la infección por SARS-CoV-2 probablemente no se explique por una invasión vírica directa de las miofibrillas, sino por una afección mediada por la respuesta inmunitaria contra el virus, según un análisis de muestras de músculo esquelético de 43 pacientes que fallecieron por COVID-19 y de otros 11 adultos que murieron por otras enfermedades graves. El estudio alemán fue publicado en *JAMA Neurology*.

“La conclusión práctica para los médicos es que los pacientes con COVID-19 grave a menudo sufren inflamación de músculo esquelético (miositis), lo cual podría explicar los niveles elevados de creatina quinasa y el dolor y la debilidad musculares”, señaló el Dr. Tom Aschman, del Departamento de Neuropatología de la *Charité-Universitätsmedizin Berlin*, en Berlín, Alemania.

### COVID-19 persistente, “próximo desastre de salud pública”

Siete meses después de haber tenido COVID-19, el Dr. Paul Garner, doctor en salud pública y especialista en enfermedades infecciosas de la *Liverpool School of Tropical Medicine*, en Liverpool, Reino Unido, todavía manifestaba ciclos de fatiga, dolor y otros síntomas. Se sentía inseguro respecto de su futuro: “Pensé que el

virus había causado un cambio biomédico en mi organismo y había arruinado mi metabolismo de algún modo”, contó el Dr. Garner, quien relató su experiencia en un blog de *The BMJ* y recién ahora dice que recobró el equilibrio y la esperanza de una recuperación completa.

El Dr. Garner no está solo, en el Reino Unido se calculó que 6% de todos los pacientes con COVID-19 experimentaron uno o más síntomas después de 12 semanas. COVID-19 persistente es “nuestro próximo desastre de salud pública”, afirmaron investigadores de Estados Unidos en *The New England Journal of Medicine*, quienes instaron a desarrollar una estrategia proactiva y holística para abordar las brechas de conocimiento y las necesidades de los pacientes.

**Matías A. Loewy**

*Medscape. Noticias y perspectivas.*

*2 de julio de 2021*

### ¿Tercera dosis contra la COVID-19?

#### Para la OPS “todavía no es el momento”

El Colegio Médico de Perú está reclamando una dosis de refuerzo con vacuna de ARN mensajero para los médicos que completaron el esquema de dos dosis de *Sinopharm* “con el objetivo de incrementar la eficacia y disminuir el riesgo de enfermar gravemente”. Sin embargo, el Ministerio de Salud del país rechazó el pedido por falta de evidencia, y la Dra. Carissa Etienne, directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), declaró este miércoles 7: “Todavía no es el momento de desplegar vacunas de refuerzo, cuando millones de personas aún no han recibido su primera dosis”.

El Dr. Benjamin Davido, infectólogo del *Hôpital Raymond-Poincaré*, en Garches, Francia, considera que la necesidad de refuerzos para la población general dependerá de la evolución de la crisis sanitaria y económica y del desarrollo de nuevas vacunas, como versiones actualizadas de *Pfizer/BioNTech* y de *Moderna* y de *AZD2816*, candidato de *AstraZeneca*, que podrían estar listas para el otoño (boreal) y serían capaces de neutralizar variantes específicas. “Los países ricos podrían proponer el refuerzo en mayores de 75 años o personas con comorbilidades, dejando al resto de la población a su libre albedrío”.

## Fin de restricciones en Reino Unido: “Experimento peligroso”

Pese al repunte de contagios que motoriza la variante delta (B.1.617.2) del SARS-CoV-2 (los casos diarios se sextuplicaron en un mes y llegaron a 32.551 el 8 de julio), el gobierno de Boris Johnson se encamina a liberar las últimas restricciones que quedan en pie en Reino Unido para el próximo 19 de julio, bautizado como “Día de la Independencia”. Pero más de 100 científicos y médicos no están de acuerdo y se lo hicieron saber sin reparo en una carta publicada en *The Lancet*.

Según los firmantes, la mayoría de Reino Unido, pero también de Estados Unidos, Suecia, Países Bajos, Francia y Australia, al promover la flexibilización total antes de haber alcanzado la inmunidad de grupo y sin haber protegido a los jóvenes y niños, el gobierno británico está embarcado en un “experimento sin ética y peligroso”. El crecimiento exponencial del virus “probablemente continuará hasta que millones más se infecten, dejando a cientos de miles con enfermedades y discapacidades a largo plazo”, alertaron.

## Reacciones anafilácticas: el beneficio de vacunar excede el riesgo

La tasa de reacciones anafilácticas ante la aplicación de vacunas de ARN mensajero contra la COVID-19 es solo de 7,9 casos por millón de inoculaciones y los beneficios de la inmunización son mucho mayores que los eventuales riesgos en quienes no tienen antecedentes de alergias graves a la vacuna o sus componentes, concluyó un panel internacional que analizó la cuestión en *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*.

Algunos consejos: no se justifica hacer pruebas sistemáticas para alergia antes de la vacunación, no es necesario extender la observación más allá del tiempo de espera estándar en quienes tuvieron antecedentes de reacciones alérgicas graves no relacionadas con vacunas contra la COVID-19 o sus excipientes, las vacunas deben aplicarse en lugares con personal entrenado para detectar y manejar la anafilaxia, no se recomienda la administración “profiláctica” de antihistamínicos o corticoesteroides sistémicos, un alergólogo debe valorar los casos de pacientes con sospecha de antecedentes de alergia (o evento confirmado

remoto) a algún excipiente de la vacuna antes de privar de la vacunación contra la COVID-19.

## Estudio de casos y controles confirma resultados adversos de la infección en el embarazo

La COVID-19 grave en el embarazo tiene impacto negativo tanto en la mujer gestante como en sus hijos, según resultados preliminares de un pequeño estudio brasileño prospectivo, observacional y con un diseño de casos (n = 19) y controles (n = 19) pareados por edad, edad gestacional y comorbilidades, uno de los primeros en la literatura internacional que utiliza esta metodología que despeja factores confundidores.

Según publicó la revista *Frontiers in Immunology*, las pacientes con formas graves de COVID-19 tuvieron más probabilidad de resultados fetales adversos, hallazgos histopatológicos de mala perfusión vascular materna y fetal e intervellitis histiocítica crónica, una infrecuente lesión placentaria. “Un buen número de madres hospitalizadas que necesitaron soporte respiratorio, intubación y cuidados intensivos, tuvo partos prematuros o debió interrumpir el embarazo por sufrimiento fetal o muerte”, manifestó la Dra. Lucía de Noronha, de la Facultad de Medicina de la *Pontifícia Universidade Católica do Paraná* (PUCPR), en Curitiba, Brasil.

## La pandemia y la resistencia a antimicrobianos están entrelazadas

Intubado y hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos durante cerca de un mes a comienzos de 2021, un paciente estadounidense de 40 años sobrevivió a la COVID-19, pero adquirió neumonía asociada al ventilador por *Pseudomonas* y sucesivas recaídas por cepas cada vez más resistentes, al punto que solo quedó como último recurso “un fármaco bastante caro que se usa relativamente poco”, comentó el Dr. Vance Fowler, profesor de medicina en la *Duke University School of Medicine*, en Durham, Estados Unidos, y presidente del Comité de Resistencia a los Antimicrobianos de la *Infectious Diseases Society of America* (IDSA).

El caso es solo un ejemplo de que la pandemia y la resistencia a antimicrobianos están entrelazadas, y que resulta prioritario apuntalar los programas de administración para su uso apropiado en centros de salud, subrayó el Dr. Fowler.

La preocupación creció esta semana cuando se difundió un estudio en *PLoS Medicine* que sugiere que casi todos los pacientes con COVID-19 en India están recibiendo antibióticos aun cuando no se recomiendan en los casos leves a moderados que representan 90% del total. “La resistencia a antimicrobianos en India es potencialmente una de las mayores amenazas a la salud que enfrenta la humanidad”, opinó el Dr. Matthew Robinson, profesor asociado de enfermedades infecciosas en la *Johns Hopkins University School of Medicine*, en Baltimore, Estados Unidos.

### ¿Fármaco experimental contra la COVID-19 persistente?

Es solo un caso, pero quizás abra un enfoque terapéutico inesperado. Investigadores de la *Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg*, en Erlangen, Alemania, informaron de la rápida recuperación de un hombre de 59 años con glaucoma y síntomas persistentes de COVID-19 a quien administraron una única infusión de un fármaco experimental inicialmente desarrollado para tratar la miocardiopatía dilatada asociada a autoanticuerpos.

BC007, de la compañía alemana de biotecnología *Berlin Cures*, es un oligonucleótido de ADN que neutraliza varios autoanticuerpos contra receptores acoplados a proteína G, los cuales también parecen estar aumentados en pacientes que tuvieron COVID-19 y podrían afectar el flujo sanguíneo en distintas partes del cuerpo. Según comunicó la empresa, síntomas como la pérdida del gusto y las dificultades de concentración desaparecieron en el paciente tratado “de manera significativa”, por lo que tienen expectativas de probar este enfoque en ensayos clínicos.

### Campaña en Brasil para prevenir miopía “del confinamiento” en niños y adolescentes

Para prevenir el aumento en los casos de miopía en niños y adolescentes que debido al distanciamiento social impuesto por la pandemia pasan muchas más horas al día frente a pantallas, el *Conselho Brasileiro de Oftalmologia* (CBO) y la *Sociedade de Oftalmologia do Rio Grande do Sul* lanzaron en Brasil la campaña #15minutosOFF. ¿La consigna? Tomar “descansos” de 15 minutos por cada hora de exposición a celulares o computadoras y tener dos horas diarias de contacto con la luz solar.

En Brasil el diagnóstico de miopía en niños mayores de 5 años y adolescentes durante el confinamiento por la pandemia ha llamado la atención de los médicos. “En algunos casos también hubo aumento de estrabismo por el uso de teléfonos celulares”, dijo la Dra. Gabriela Unchalo Eckert, especialista en oftalmología pediátrica y estrabismo de Porto Alegre, Brasil.

### Médicos argentinos perdieron pacientes e ingresos por la pandemia

Es una de las paradojas de la pandemia de COVID-19: la salud estuvo en el centro de la escena global, pero durante 2020 la mayoría de los médicos perdió pacientes, ingresos y hasta empleos. La situación también se dio en Argentina, según la *Encuesta de remuneración económica, impacto de COVID-19 y satisfacción profesional: Argentina 2021* de *Medscape en español* respondida por aproximadamente 900 profesionales (490 hombres y 398 mujeres) de más de 40 especialidades.

Así, por ejemplo, dos tercios de los médicos declararon haber tenido menor remuneración en 2020 respecto del año anterior, y 42 % señaló que la caída fue superior a 25 %; 75 % de los médicos generales y 81 % de los especialistas manifestaron haber perdido poder adquisitivo; la cantidad de pacientes atendidos durante la pandemia disminuyó 15 % en promedio (y 8 de cada 10 todavía no habían recuperado el volumen anterior al momento de la encuesta).

**Matías A. Loewy**

*Medscape. Noticias y perspectivas.*

9 de julio 2021

### COVID-19 persistente afecta a 6 % de los niños

Seis por ciento de los niños que tuvieron COVID-19 presenta síntomas persistentes tres meses después de la infección, según un estudio sobre 1.884 pacientes pediátricos en 41 sitios de 10 países, incluyendo tres de Latinoamérica, presentado en el *XXXI European Congress of Clinical Microbiology & Infectious Diseases* (virtual).

Los síntomas fueron dos veces más frecuentes entre quienes fueron hospitalizados, así como también entre los niños de 10 a 17 años, en comparación con los menores de un año. Y los más comunes fueron respiratorios (2 %), sisté-

micos, como fatiga y fiebre (2 %), neurológicos, como cefaleas, convulsiones o ageusia (1 %), y psicológicos, como depresión y ansiedad (1 %). Aunque estas manifestaciones crónicas pos-COVID-19 son menos frecuentes que en adultos, “existen y hay que tomarlas seriamente”, comentó el Dr. Kevin Messacar, infectólogo pediátrico e investigador del *Children’s Hospital Colorado*, en Aurora, Estados Unidos.

### Paquetes de medidas para mantener escuelas abiertas

Para mantener las escuelas abiertas en medio de la pandemia, especialistas alemanes coincidieron que se necesita un “paquete de medidas”, incluyendo testeos periódicos, presencialidad alternada en grupos cuando hay altos niveles de transmisión, alta tasa de vacunación en adultos, y estrategias para garantizar la ventilación (desde abrir las ventanas durante 5 minutos cada 20 minutos hasta instalar equipos para purificar el aire). En cambio, todavía no está claro que la relación riesgo-beneficio favorezca la inmunización en menores.

“Si se tratara de la enfermedad de Ébola en la que muere la mitad de las personas infectadas, entonces los requisitos para la seguridad de la vacuna serían, por supuesto, diferentes a los de cuando prácticamente no hay niños que hayan muerto de COVID-19”, señaló el Dr. Thomas Mertens, presidente de la *Ständige Impfkommision am Robert-Koch-Institut* (STIKO), la comisión permanente de vacunación de Alemania.

**Matías A. Loewy**

*Medscape. Noticias y perspectivas.*

16 de julio 2021

### Los beneficios de las vacunas de ARN mensajero contra la COVID-19 superan los riesgos cardiacos aislados, dice la Organización Mundial de la Salud

GINEBRA, CHE. Los beneficios de las vacunas de ARN mensajero contra la COVID-19 superan el riesgo muy pequeño de que puedan causar inflamación cardiaca, ya que las vacunas reducen hospitalizaciones y decesos, informó un panel asesor de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En un comunicado, la OMS señaló que los informes de dos afecciones raras (miocarditis, inflamación del corazón, y la inflamación de su

revestimiento, llamada pericarditis) habían ocurrido típicamente a pocos días de la vacunación, principalmente en hombres jóvenes después de recibir la segunda dosis.

“Se han observado casos muy raros de miocarditis y pericarditis después de la vacunación con las vacunas de ARN mensajero contra la COVID-19”, indicó el panel, refiriéndose a las dos vacunas que utilizan dicha tecnología, de *Pfizer/BioNTech* y de *Moderna*.

“Los beneficios de las vacunas de ARN mensajero contra la COVID-19 superan los riesgos, reduciendo hospitalizaciones y fallecimientos debido a infecciones por la enfermedad”, añadieron los asesores.

Los datos disponibles sugirieron que la miocarditis y la pericarditis después de la vacunación fueron “generalmente leves” y respondieron al tratamiento que incluyó reposo o fármacos antiinflamatorios no esteroideos, indicó la OMS. “El seguimiento está en curso para determinar los resultados a largo plazo”.

“Se debe indicar a las personas vacunadas que busquen atención médica inmediata si desarrollan síntomas indicativos de miocarditis o pericarditis, como dolor de pecho persistente y de nueva aparición, dificultad para respirar o palpitaciones después de la vacunación”, agregaron.

Anteriormente la agencia regulatoria de fármacos de Europa, que había encontrado un posible vínculo entre una inflamación cardiaca muy rara y las vacunas contra la COVID-19 de *Pfizer/BioNTech* y de *Moderna*, también enfatizó que los beneficios de las inyecciones superan cualquier riesgo.

**Equipo de Reuters**

*Medscape. Noticias y perspectivas.*

14 de julio de 2021

### Expertos advierten que las reacciones alérgicas graves a las vacunas contra COVID-19 son infrecuentes

**NUEVA YORK, USA.** Las reacciones anafilácticas a las vacunas de ARN mensajero contra el SARS-CoV-2 pueden presentarse, pero son infrecuentes, y los beneficios de la vacunación superan los riesgos, de acuerdo con un panel de expertos que ha elaborado recomendaciones sobre diagnóstico y tratamiento.<sup>1</sup>

Las inquietudes en torno a la anafilaxia pueden dificultar los esfuerzos de inmunización contra

el SARS-CoV-2 y contribuir a la vacilación para vacunarse y deben ponderarse teniendo en cuenta los beneficios de salvar vidas y reducir la gravedad de la enfermedad que conlleva la vacunación contra el SARS-CoV-2, afirma el panel en *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*.

Durante el primer mes después de que la *Food and Drug Administration* (FDA) de Estados Unidos emitiera una autorización para uso de emergencia de dos vacunas de ARN mensajero, los funcionarios sanitarios federales describieron 66 casos de anafilaxia en más de 17,5 millones de vacunaciones, es decir, aproximadamente 3,7 casos por millón.

En un centro médico académico de Estados Unidos de gran volumen notificaron 16 casos de anafilaxia entre 64.900 vacunaciones (250 casos por millón de vacunaciones) por un periodo de dos meses.

Hasta ahora, no ha habido recomendaciones uniformes sobre la evaluación y el tratamiento de individuos con una alergia documentada o sospechada a las vacunas contra el SARS-CoV-2 o sus excipientes.

Por consiguiente, un panel de expertos multidisciplinario internacional se reunió para analizar sistemáticamente la evidencia y elaborar recomendaciones relacionadas con anafilaxia después de la vacunación contra el SARS-CoV-2, alergia a polietilenglicol (PEG) y a polisorbato, y la precisión de las pruebas de alergia para identificar alergia a la vacuna contra el SARS-CoV-2.

Comunicaron que la incidencia de anafilaxia por la vacuna contra el SARS-CoV-2 es de 7,91 casos por millón de vacunaciones, la prevalencia de alergia al PEG es de 103 casos por millón, y la sensibilidad de las pruebas cutáneas de PEG es deficiente, aunque la especificidad es elevada.

Entre las conclusiones y recomendaciones del panel están las siguientes:

- En pacientes sin antecedente de reacción alérgica grave a una vacuna contra el SARS-CoV-2 o sus excipientes, el riesgo de anafilaxia inducida por la vacuna contra el SARS-CoV-2 es “muy infrecuente” y se recomienda la vacunación más que la no vacunación con base en este riesgo.
- Para los pacientes con un antecedente de reacción alérgica grave, incluida la anafilaxia, no relacionada con la vacuna contra

el SARS-CoV-2 o su excipiente, el requisito para observación adicional más allá del tiempo de espera estándar proporciona una reducción mínima del riesgo absoluto en los resultados y también puede contribuir a la vacilación para vacunarse. “Por consiguiente, recomendamos no prolongar la observación en quienes tienen un antecedente de reacciones alérgicas graves no relacionadas con la vacuna contra el SARS-CoV-2 o su excipiente”, afirmó el panel.

- En pacientes sin antecedente de una reacción alérgica grave, incluida la anafilaxia, a las vacunas contra el SARS-CoV-2 o sus excipientes, el panel recomienda no hacer pruebas de la vacuna o del excipiente de la vacuna antes de la vacunación para tratar de predecir quién será el individuo infrecuente que tendrá una reacción alérgica grave a la vacunación.
- El panel recomienda no realizar de manera sistemática pruebas cutáneas o *in vitro* utilizando vacunas contra el SARS-CoV-2 o sus excipientes fuera del contexto de investigación con el fin de suspender la vacunación, pues tales pruebas tienen sensibilidad y especificidad desconocidas para predecir las reacciones alérgicas graves, incluida la anafilaxia, a las vacunas contra el SARS-CoV-2.
- El panel recomienda un paradigma asistencial de toma de decisiones compartida que favorezca la vacunación a través de una dosificación completa o gradual (con o sin tiempo de observación adicional después de la vacunación) o modificar el tipo de vacuna en vez de no vacunarse, puesto que no hay un solo método que sea mejor para evaluar y tratar a un paciente con una reacción sospechada a la vacuna de ARNm contra el SARS-CoV-2 o de vector de adenovirus, o al paciente con alergia a un excipiente que contenga cualquiera de estas vacunas que aún no se haya vacunado.
- En pacientes con sospecha de reacción alérgica inmediata a la vacuna contra el SARS-CoV-2 cuyo esquema estándar requiera más de una dosis, el panel recomienda derivación a un alergólogo para evaluar la vacunación adicional en vez de no vacunación o suspensión de la vacunación.

- En el caso de pacientes con antecedente médico sospechado o confirmado de reacción a un excipiente de la vacuna contra el SARS-CoV-2, se recomienda la derivación a un alergólogo para evaluación de la vacunación adicional en vez de no vacunación/suspensión de la vacunación.
- En pacientes con una reacción alérgica reciente definida o confirmada contra la vacuna del SARS-CoV-2 o su excipiente, el panel recomienda la derivación a un alergólogo para evaluación de la vacunación adicional en vez de no vacunación o suspensión de la vacunación.
- Las vacunas de ARNm contra el SARS-CoV-2 o de vector de adenovirus se han de administrar en un ámbito equipado para tratar la anafilaxia bajo la supervisión de personal capacitado en el reconocimiento y el tratamiento de la anafilaxia.
- El panel recomienda no utilizar antihistamínicos H1 o corticoesteroides sistémicos antes de la vacunación ya que esto está basado en evidencia de baja certeza para

prevenir la anafilaxia y, teóricamente, la medicación preliminar con corticoesteroide podría disminuir la respuesta inmunitaria.

“Puesto que esta es la primera experiencia con estas vacunas, este pretende ser un documento dinámico que requerirá actualización periódica debido a las necesidades de evaluación todavía emergentes, lo que incluye más datos de investigación sobre las reacciones relacionadas con la vacuna y la necesidad de posibles medidas de evaluación del riesgo”, afirma el panel.

*Este estudio no tuvo financiación específica.*

**Equipo de Reuters**

*Medscape. Noticias y perspectivas.*

*08 de julio de 2021*

## Referencias

1. Greenhawt M, Abrams EM, Shaker M, Chu DK, y cols. The Risk of Allergic Reaction to SARS-CoV-2 Vaccines and Recommended Evaluation and Management: A Systematic Review, Meta-analysis, GRADE Assessment, and International Consensus Approach. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 18 Jun 2021;S2213-2198(21)00671-1. doi: 10.1016/j.jaip.2021.06.006. PMID: 34153517. Fuente



## ADENDUM

**“DE LAS DIFICULTADES NACEN LOS MILAGROS”**

**JEAN DE LA BRUYERE**

16 de agosto de 1645, París, Francia-11 de mayo de 1696, Versalles, Francia.

Fue un filósofo, escritor y moralista francés, destacado por su sátira.

La Bruyère se hizo célebre con una sola obra: *Les Caracteres ou les Moeurs de ce siècle*.

Compuesta por un conjunto de piezas literarias breves, constituye una crónica esencial del espíritu del siglo XVII.

