

Mesa Redonda: Infecciones en Pediatría. Todo un reto cambiante

Atención a la patología infecciosa en Urgencias de Pediatría: pandemia y pospandemia

J.L. GUERRA DÍEZ

Jefe de Sección. Urgencias de Pediatría y Corta estancia. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

La llegada de un nuevo virus y la declaración de pandemia han supuesto un cambio muy importante en la aproximación a la patología infecciosa en el ámbito sanitario y especialmente en las Urgencias de Pediatría. Estamos permanentemente amenazados por el aumento de la demanda desencadenada por los virus hasta ahora conocidos como estacionales, sin saber cuál será cada año la fuerza con la que impacte la infección en la población infantil en forma de incidencia; hasta que ha llegado el SARS-CoV-2 que ha cambiado completamente el paradigma infeccioso, y que en la actualidad seguimos sufriendo sus coletazos.

EPIDEMIOLOGÍA. URGENCIAS PEDIATRÍA

Las unidades de urgencias hospitalarias conocen cómo se estructura su demanda con el fin de gestionar de forma adecuada los recursos destinados. El motivo fundamental de consulta en estas unidades es la fiebre, seguido de forma variable en función de la comunidad y/o hospitales de los síntomas respiratorios, digestivos y de la patología traumática. Estos motivos y su porcentaje pueden variar a lo largo del año en relación a la circulación viral y la características sociales que suponen los meses fríos (escolarización, etc). Por otro lado, la demanda en urgencias tiene comportamientos a veces impredecibles y se han estudiado factores, como la población y los cambios demográficos, que pueden ejercer una influencia importante en las visitas asistenciales, e inclu-

so desarrollar un dintel de saturación, por encima del cual se produciría un descenso de las mismas. Por otro lado, están los diagnósticos finales, en los que la infecciones respiratorias tienen un peso muy importante, desencadenadas por múltiples virus, rinovirus, influenza, parainfluenza, enterovirus, adenovirus, virus respiratorio sincitial, etc. Durante la pandemia de SARS-CoV-2 se produjo una disminución marcada de las visitas urgentes en todos los países, que afectó tanto a atención primaria como especializada. El confinamiento, la suspensión de las clases y actividades presenciales, junto con el miedo al contagio en zonas sanitarias, hizo que disminuyera drásticamente el número de urgencias entre un 40-70% según las series y que se han ido recuperando progresivamente.

COVID-19. SIGUE AHÍ

La infección por SARS-CoV-2 ha sido universal y ha afectado especialmente a la población adulta, aunque la capacidad diagnóstica cada vez mayor a medida que pasaba el tiempo permitió conocer las características de los pacientes pediátricos, que presentaban desde cuadros infecciosos respiratorios, digestivos, cefalea y en muchos casos asintomáticos. La incidencia de COVID-19 sintomático se estimó entre el 0,8 y 2,1% del total de los casos, con una tasa mortalidad muy baja. Hasta un 9% precisaron traslado a cuidados intensivos, especialmente por la aparición de un Síndrome

Correspondencia: J.L. Guerra Díez. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.
Correo electrónico: guerdiez@gmail.com

© 2022 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

Inflamatorio Sistémico Pediátrico asociado al SARS-CoV-2, y que en la actualidad y tras la vacunación ha disminuido drásticamente. Actualmente no existe una indicación establecida de detección de SARS-CoV-2 en paciente sin factores de riesgo, pero al convertirse en un proceso infeccioso más en la actualidad, puede tener su indicación en la detección y aproximación al paciente febril sin foco, con el fin de ahorrar otro tipo de pruebas más invasivas.

BRONQUIOLITIS

La bronquiolitis ha sido una de las patologías infecciosas que más ha variado en su incidencia durante la pandemia. Se produjo una disminución prácticamente total de los casos de bronquiolitis durante la temporada 2020-2021. Pero en primavera y verano, coincidiendo con los valles de la incidencia de COVID-19, se produjo un aumento significativo de casos, sin llegar a ser un pico excesivamente importante, que nos hizo cambiar nuestra visión hacia la bronquiolitis y su agente más frecuente, el virus respiratorio sincitial (VRS). Se realizaron estudios asociados a la temperatura ambiental y se observó cómo esta parece que no influyó en la distribución viral de 2020. Esta disminución de la demanda en urgencias se tradujo en una disminución de los ingresos.

GRIPE

Con la gripe ha pasado algo parecido al virus respiratorio sincitial, se han producido casos de gripe en épocas del año que no son consideradas frecuentes para este tipo de infección y, en muchos casos, la disminución de la tasa de infección por SARS-CoV-2 favoreció el aumento por virus gripal. Esto ha hecho pensar que se ha producido una situación de competencia entre virus que ha generado cambios en su epidemiología. En cuanto a su repercusión, también tanto en el año 2021 como en el 2022 se produjo una baja tasa de ingresos y no mayor gravedad que en temporadas previas.

LARINGITIS

En el caso de la laringitis se ha producido un fenómeno de expansión diagnóstica muy importante. Existen series de casos publicados en pediatría de laringitis con positividad al SARS-CoV-2 que evolucionaron de una manera más tórpida y precisaron tratamiento más intensivo. En relación a la demanda en urgencias, en nuestro medio se ha producido

un incremento del diagnóstico de laringitis del año 2021 al 2022 de hasta un 74%, con un 5,8% de ingreso hospitalario, con niveles de triaje superiores en nivel de urgencia al año anterior.

¿Y EN NOVIEMBRE DE 2022?

El otoño de 2022 está siendo especialmente duro en lo referente a las urgencias de pediatría; la eliminación de los sistemas de protección individual en la mayoría de las actividades sociales, la disminución de la exposición de los niños a los virus considerados "habituales, y la convivencia de tres agentes infecciosos altamente transmisibles (triple epidemia: SARS-CoV-2, Gripe, VRS) ha generado que el incremento de las urgencias se dispare hasta un 50% más que en época pre-pandémica. Además, ya se han publicado estudios en los que se ha detectado un incremento de enfermedades infecciosas invasivas, concretamente por neumococo en Inglaterra, especialmente durante el año 2021. Todo esto trata de explicarse a través de una teoría reciente publicada en *Lancet* en 2022, denominada la brecha inmunológica, en la que la menor circulación y exposición a virus, junto con un aumento de personas susceptibles de infectarse y una posible disminución de la cobertura vacunal haya generado la tormenta perfecta para que se produzca un aumento exponencial de infecciones.

CONSIDERACIONES FINALES

El COVID se ha convertido en una infección más, de síntomas inespecíficos, de curso generalmente leve y que debemos descartar en situaciones de alta circulación viral. El VRS que genera bronquiolitis, ha aprovechado las ventanas libres de otros virus para infectar y generar una alta demanda asistencial. La gripe puede generar cualquier tipo de infección respiratoria, de gravedad variable, con alta capacidad de transmisión y que podemos controlar con la vacunación. La convivencia de los tres virus (triple epidemia) ha desencadenado una alta tasa de infecciones respiratorias sin que se haya observado mayor gravedad ni morbi-mortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mintegi Raso S, Benito Fernández J, García González S, Corrales Fernández A, Bartolomé Albistegui MJ, Trebolazabala Quirante N. Demanda y asistencia en un servicio de urgencias hospitalario. *An Pediatr.* 2004; 61(02): 156-61.

2. Guerra Díez JL, Gaité Pindado L, Álvarez Álvarez C, Leonardo Cabello MT, Álvarez Granda L, Cabero Pérez MJ. Influencia de los cambios demográficos en la frecuentación de urgencias hospitalarias: 13 años de experiencia. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2018; 88(6): 322-8.
3. Guerra Díez JL, Álvarez Granda C, Leonardo Cabello MT, Cuesta González R, Caunedo Jiménez M, Cabero Pérez MJ, et al. Evolución demográfica de la población pediátrica en Cantabria en los últimos 12 años. Relación con la presión asistencial urgente. *Bol Pediatr*. 2014; 54: 249-50.
4. Sanz Muñoz I, Bachiller Luque MR, Eiros Bouza JM. Infecciones víricas del tracto respiratorio. *Pediatr Integral*. 2021; XXV(1): 13-20.
5. Pines JM, Zocchi MS, Black BS, et al. Characterizing pediatric emergency department visits during the COVID-19 pandemic. *Am J Emerg Med*. 2021; 41: 201-4.
6. González Rodríguez P, Pérez-Moneo Agapito B, Albi Rodríguez MS, et al. COVID-19: Critical appraisal of the evidence. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2021; 95(3): 207.e1-e13.
7. Montejo M, Sánchez A, Paniagua N, Saiz-Hernando C, Benito J. Reduction in the incidence of acute bronchiolitis and related hospital admissions during the COVID-19 pandemic. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2022; 96(6): 537-9.
8. Barrezueta LB, Zamorano MG, Casillas PL, Raposo MB, Fernández IS, Vázquez AP. Influencia de la pandemia COVID-19 sobre la epidemiología de la bronquiolitis aguda. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2021 [En prensa]. doi: 10.1016/j.eimc.2021.11.014.
9. Rius-Peris JM, Lucas-García J, García-Peris M, Tomás PE, Manuel Sequí-Canet J, de Dios JG; en representación del Grupo Investigador Proyecto ECEALHBA. Pandemia por Covid-19 y su repercusión sobre las hospitalizaciones por bronquiolitis en el Centro y Este de España. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2021; 95(5): 345-53.
10. Guitart C, Bobillo-Perez S, Alejandro C, Armero G, Launes C, Cambra FJ, et al; Hospital Network for R. S. V. surveillance in Catalonia. Bronchiolitis, epidemiological changes during the SARS-CoV-2 pandemic. *BMC Infect Dis*. 2022; 22(1): 84.
11. Torres-Fernandez D, Casellas A, Mellado MJ, Calvo C, Basat Q. La bronquiolitis aguda y la transmisión estacional del virus respiratorio sincitial durante la pandemia de COVID-19 en España: una perspectiva nacional de la Sociedad Española de Pediatría (AEP). *J Clin Virol*. 2021; 145: 105027.
12. Peterson K, Patel J, Collier C, Chan SB. SARS-CoV-2 and croup, not a rare coincidence. *Am J Emerg Med*. 2022; 57: 175.
13. Venn April MR, Schmidt James M, Mullan Paul C. Pediatric croup with COVID-19. *Am J Emerg Med*. 2021; 43: 287.e1-e3.
14. Brewster RC, Parsons C, Laird-Gion J, Hilker S, Irwin M, Sommerschild A, et al. COVID-19-associated croup in children. *Pediatrics*. 2022; 149(6): e2022056492.
15. Bertran M, Amin-Chowdhury Z, Sheppard CL, Eletu S, Zamarréño DV, Ramsay ME, et al. Increased incidence of invasive pneumococcal disease among children after COVID-19 pandemic, England. *Emerg Infect Dis*. 2022; 28(8): 1669-72.
16. Messacar K, Baker RE, Park SW, Nguyen-Tran H, Cataldi JR, Grenfell B. Preparing for uncertainty: endemic paediatric viral illnesses after COVID-19 pandemic disruption. *Lancet*. 2022; 400(10364): 1663-5.