

La bronquiolitis en el año del COVID-19

Bronchiolitis in the year of COVID-19

Cada año, al acercarse la estación invernal, en diferentes lugares del mundo los servicios de salud se preparan para atender a los niños con infecciones respiratorias agudas, entre las que la bronquiolitis es la principal causa de internación, previendo que la demanda superará la capacidad instalada, especialmente para los niños con compromiso más grave que requieren cuidados críticos.

Las infecciones respiratorias bajas afectan cada año a millones de niños en el mundo. En el año 2017 fallecieron más de 800 000 niños menores de 5 años por esta causa. En Argentina, anualmente mueren alrededor de 150 a 200 niños menores de 5 años por infecciones respiratorias; representan la tercera causa de muerte después de las muertes perinatales y las anomalías congénitas y cromosómicas.

Las muertes por infección respiratoria son muertes prevenibles y el primer llamado de atención es sobre las asimetrías que se producen en nuestro país entre jurisdicciones; por ejemplo, la tasa de mortalidad es 14 veces mayor en Formosa que en Tierra del Fuego. Se pone en evidencia que existen otros importantes factores además de las características infecciosas del agente.

La bronquiolitis es una enfermedad estacional. El número de casos comienza a aumentar en la semana epidemiológica 12, llega a su pico en la semana 25 con una notificación de alrededor de 10 000 casos semanales, y luego disminuye gradualmente. En el año 2019 se registraron 249 860 casos de bronquiolitis; menos del 10 % requiere internación. La tasa de letalidad en niños internados por bronquiolitis es del 1 %.

El virus sincicial respiratorio (VSR) es el agente más frecuentemente hallado (el 62 % en pacientes internados en 2019) seguido por virus del grupo influenza y adenovirus. Otros virus respiratorios que no se relevan sistemáticamente también pueden ser causa de infección respiratoria aguda baja como rinovirus, metapneumovirus y coronavirus.

Desde hace más de 40 años se intenta desarrollar una vacuna efectiva para prevenir la infección por VSR. Aún no se lo ha logrado.

Año tras año, vemos que los niños más graves, llegan a la internación después de haber efectuado varias consultas en diferentes servicios de salud,

y vemos cómo se envía a su domicilio a niños con cuadros leves pero con factores de riesgo que ameritan una internación preventiva.

En el país hay 10 345 camas pediátricas y 1823 camas de cuidados intensivos pediátricos en establecimientos públicos y privados. Si bien la proporción de los niños con bronquiolitis que se interna es baja, y de estos, sólo el 8 % o menos requerirán una internación en cuidados intensivos, no escapa al conocimiento general que la mayor parte de esas camas están ocupadas con diferentes patologías clínicas y quirúrgicas durante todo el año y en el período invernal pasan a ocuparse en su mayoría con niños con enfermedad respiratoria aguda. Es habitual, a pesar de las previsiones, que el sistema de atención pediátrico se sature en todos los niveles de atención entre las semanas 23 y 39.

Este año está presente la infección por COVID-19. ¿De qué manera afectará esta infección a nuestra población pediátrica? ¿Serán válidas para nuestro medio las experiencias de otros países como los europeos?

Seguramente el COVID-19 se sumará a los demás agentes que producen infección respiratoria en niños y en algunos van a coexistir.

Los informes disponibles sobre las características de la infección por COVID-19 en niños provienen, hasta el momento, de China y Estados Unidos, países donde las características poblacionales y las estructuras sanitarias son diferentes a las nuestras. Los reportes coinciden en que la incidencia de infección sintomática en chicos es baja (sólo el 1,7 % de los casos reportados en Estados Unidos corresponde a niños menores de 18 años), que la mayoría de los niños con compromiso grave o crítico correspondió a menores de 1 año y a niños con comorbilidades, y que la tasa de letalidad es muy baja cuando se la compara con la de los adultos.

En los países europeos, la pirámide poblacional difiere de la nuestra, con una baja tasa de natalidad y una proporción de niños mucho menor. También hay enormes diferencias en cuanto al acceso a la salud y a la cobertura de las necesidades básicas. En esos lugares, el nuevo virus no representa "estadísticamente" una amenaza para los niños.

Este año, ya en la estación en que habitualmente comienzan a incrementarse las infecciones

respiratorias, nos encontramos frente a un escenario no previsto. La infección por COVID-19 ya se encuentra en la etapa comunitaria. Por sus particulares características, la alta tasa de contagio y la elevada letalidad, se han tomado medidas nunca vistas con anterioridad. El foco de la atención se ha puesto en las personas de mayor edad o con comorbilidades. Existen restricciones terminantes para el desplazamiento de las personas. Se ha solicitado a la población que no consulte a los servicios sanitarios salvo bajo circunstancias determinadas. Se ha conminado a permanecer en los domicilios aun teniendo en cuenta que en el 4 % de los hogares existen condiciones críticas de hacinamiento y 1 200 000 hogares no tienen agua disponible en su domicilio.

Es difícil anticipar cómo se conjugarán los factores en este escenario y cuáles serán los resultados finales en relación a las infecciones respiratorias estacionales.

Seguramente la suspensión del calendario escolar, las medidas de aislamiento poblacional, la adquisición de prácticas higiénicas por la población en general, serán factores positivos para disminuir la incidencia de infección en los más pequeños.

Con el aumento de la infraestructura sanitaria es de esperar que también se incrementen las camas pediátricas, tanto las de internación general como las de cuidados críticos.

Pero no se puede soslayar que la situación actual trae aparejados otros problemas no menores.

En el interior del país, especialmente en el noroeste argentino (NOA) y en el noreste argentino (NEA), existen múltiples pequeñas comunidades donde la paridad elevada y el embarazo adolescente son características que moldean en forma diferente la pirámide poblacional. Esas comunidades no tienen acceso adecuado al agua potable, la nutrición es deficiente y viven en localidades desde donde es difícil acceder a los servicios de salud.

Los controles pediátricos, el seguimiento del niño sano, la indicación de inmunizaciones, las medidas de puericultura, los controles programados de enfermedades crónicas, son indispensables para realizar prevención y mantener la salud de los niños. ¿Qué está ocurriendo con estos controles en los centros de salud y hospitales donde se atienden los niños más vulnerables? La mayoría se han suspendido, así como las cirugías programadas. ¿En qué condiciones se encontrarán los niños pequeños y los niños con comorbilidades para enfrentar

las infecciones respiratorias estacionales después de 2 meses de cuarentena?

El acceso de los niños a los servicios de salud deberá “competir” con la afluencia de los adultos enfermos. La infección hospitalaria secundaria al nuevo virus también constituirá un riesgo. Están limitadas las vías de comunicación y transporte, lo que aumenta la dificultad para acceder a los servicios de salud de las personas que no tienen movilidad propia y viven en localidades que aun en condiciones normales cuentan con escasa cobertura del transporte público. La información que reciben los padres para prevenir la infección por coronavirus cumpliendo la cuarentena, no es coincidente con la que damos los pediatras ante la bronquiolitis, en cuanto a la importancia de consultar ante algunos signos de alarma y factores de riesgo. En las actuales circunstancias estos pueden desestimarse y llevar a consultar en forma tardía y poner en riesgo la vida de los más pequeños.

Urge alertar a la población sobre este tema y establecer canales paralelos dentro de la organización sanitaria teniendo en consideración las necesidades especiales de atención de los niños con bronquiolitis aun con la pandemia por el nuevo coronavirus en curso. ■

Dra. M. Susana Rodríguez
Medicina Interna Pediátrica

Hospital de Pediatría “Prof. Dr. Juan P. Garrahan”

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2020.222>

Cómo citar: Rodríguez MS. La bronquiolitis en el año del COVID-19. *Arch Argent Pediatr* 2020;118(3):222-223.

REFERENCIAS

- Boletín Integrado de Vigilancia N°479. SE 52/2019. Dirección nacional de epidemiología y análisis de la situación de salud. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. [Consulta: 16 de abril de 2020]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/biv_479.pdf
- Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Análisis de situación de salud. República Argentina. Edición 2018. [Consulta: 21 de abril de 2020]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001392cnt-Analisis%20de%20situacin%20de%20salud%20-%20Republica%20Argentina%20-%20ASIS%202018.pdf>
- GBD 2017 Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1736-88.
- CDC COVID-19 Response Team. Coronavirus Disease 2019 in Children - United States, February 12–April 2, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020;69(14):422-6.
- Dong Y, Mo X, Hu Y, Qi X, et al. Epidemiological characteristics of 2143 pediatric patients with 2019 coronavirus disease in China. *Pediatrics*. 2020. Epub March 16, 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0702>.