

Alerta Epidemiológica por Síndrome inflamatorio multisistémico (SIM) en niños y adolescentes (menores de 19 años), temporalmente relacionado con COVID-19

31 de mayo del 2020

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, luego de que a nivel mundial se ha identificado el Síndrome inflamatorio multisistémico (SIM), lo coloca como evento de notificación epidemiológica obligatoria en el sistema de vigilancia SIVE Alerta

I. Contexto

El 31 de diciembre de 2019, el municipio de Wuhan en la provincia de Hubei, República Popular de China, informó un grupo de casos de neumonía con etiología desconocida. El 30 de enero de 2020, el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) siguiendo el consejo del Comité de Emergencia del Reglamento Internacional de Salud (2005). El 11 de marzo de 2020, COVID-19 fue declarado una pandemia por el Director General de la OMS.

En el país, el 29 de febrero de 2020, se informó sobre el primer caso de COVID-19, y ante la inminente presencia del SARS-CoV-2 y sus posibles efectos en la población ecuatoriana, el 11 de marzo de 2020 se declaró la Emergencia Sanitaria en todo el Sistema Nacional de Salud (Acuerdo Ministerial No. 00126-2020) que se ha extendido hasta el 12 de junio del presente año.

Así mismo, mediante Decreto Ejecutivo No. 1017 de 16 de marzo de 2020, suscrito por el Presidente de la República del Ecuador se declaró el ESTADO DE EXCEPCIÓN POR CALAMIDAD PÚBLICA en todo el territorio nacional, dado el crecimiento exponencial de los casos y la clasificación de alto riesgo de diseminación en todo el país.

El 15 de mayo 2020 la OMS ha publicado un informe científico que describe que recientemente se han descrito grupos de niños y adolescentes en Europa y en Norteamérica que han sido¹ ingresados en unidades de cuidados intensivos aquejados **de un cuadro inflamatorio multisistémico de características similares a la enfermedad de Kawasaki y al síndrome de choque tóxico**. En los informes de casos y las series pequeñas registradas se han descrito cuadros

¹ Paediatric inflammatory multisystem syndrome and SARS-CoV-2 infection in children, mayo 15 de 2020. European Centre for Disease Prevention and Control

clínicos agudos acompañados de un síndrome hiperinflamatorio que evoluciona a insuficiencia multiorgánica y choque. Las hipótesis iniciales, basadas en los resultados de pruebas iniciales realizadas en el laboratorio, apuntan a que este síndrome puede estar relacionado con la COVID-19. Los niños han sido tratados con antiinflamatorios, incluidos corticoides e inmunoglobulinas por vía parenteral.²

II: Situación Epidemiológica de la COVID-19 y datos preliminares del Sd. Inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes.

A nivel global al 30 de mayo 2020 se han presentado 5,883,003 casos confirmados de COVID-19, 365,690 fallecidos y 215 países afectados. En la Región de Las Américas la notificación alcanza 2,761,755 casos confirmados, 158,775 fallecidos en 54 países.

El 7 de abril se notificó en los Estados Unidos un caso de Enfermedad de Kawasaki (EK) clásico con COVID-19 concurrente. Se trataba de una niña de 6 meses de edad ingresada con fiebre persistente y síntomas respiratorios mínimos, diagnosticada con EK clásico y que dio positivo a COVID-19 por RT-PCR.

Desde este primer informe, los países con brotes de SARS-CoV-2 han informado de nuevos casos de SIM y Shock tóxico (ST).

El 27 de abril de 2020, las autoridades de salud del Reino Unido informaron de un número de niños gravemente enfermos que presentaban signos de shock circulatorio y estado hiperinflamatorio, con características consistentes con el shock tóxico. Algunos de los niños examinados también dieron positivo en la infección por SARS-CoV-2.

El SIM en niños y el ST, comparten un número de características clínicas con EK en niños, (por ejemplo: fiebre persistente, afectación cardíaca) pero también presenta diferencias significativas, por ejemplo, en los grupos de edad afectados (en su mayoría niños > 5 años de edad, en comparación con la EK clásica). Hasta el 15 de mayo más de 300 casos de ST asociado a SIM en niños o EK clásico sospechado están en investigación actualmente en Europa y Norte América.

EL COVID-19 en niños se ha reportado en el 10-60 % como de expresión leve en niños, en diferentes estudios, sin embargo, también se ha reportado enfermedad grave en niños. En China menos del 1% se han reportado niños críticamente enfermos. EEUU muestra que 5.7%-20% de los niños fueron hospitalizados, la

^{2, 2} OMS. Informe Científico Síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes con COVID-19. who.int/coronavirus

mayoría lactantes. Un estudio reciente en Italia que incluye 11 hospitales pediátricos y 51 unidades de pediatría mostraron que los ingresos hospitalarios fueron inversamente relacionados con la edad.

Los niños con SIM tienen características clínicas variadas, va a depender del órgano afectado, pueden incluir características de EK o de Choque, o con un fuerte componente abdominal, sin embargo, el espectro completo de la enfermedad aún no se termina de conocer. Además de la fiebre, puede haber marcadores inflamatorios que lo pueden diferenciar de otras enfermedades. Pueden requerir cuidados intensivos. Solo se han reconocido los casos graves hasta ahora.

Entre 345 niños con COVID-19 confirmados por laboratorio e información completa sobre afecciones subyacentes del reporte al 12 de Abril de los Estados Unidos, el 23% tenía una afección subyacente, con enfermedad pulmonar crónica (incluyendo asma), enfermedad cardiovascular e inmunosupresión reportadas con mayor frecuencia.

En **Ecuador** al 30 de mayo 2020 la notificación de casos COVID-19 es de 38,571 casos confirmados, 29615 con PCR-RT y 8,956 con Pruebas Rápidas, 3334 casos fallecidos con PCR-RT y 2129 casos probables fallecidos. Un total de 410 niños y adolescentes entre neonatos y menores de 19 años con diagnóstico de COVID-19 confirmado. El 0.98.% (4) corresponde a neonatos, 3,9 % (16) son menores de 1 año, 18.94 % (76) menores de 5 años y 27,3 % (112) de 10 a 14 años, 54,15 % (222) de 15 a 19 años. La provincia del Guayas tiene el 30,73 % (126) del total de casos, seguido por Pichincha 21,46% (88), El Oro 6,83% (28), Esmeraldas 5,37 % (22), Loja 5,12 % (21), Zamora 4,88% (20), Azuay 4,15 (17), Santo Domingo De Los Tsachilas 3,17 % (13).³

22 provincias de Ecuador se mantienen en escenario de transmisión comunitaria, lo que ha demandado la prioridad de la detección temprana y diagnóstico de la COVID-19. En el escenario actual de alta transmisión por la COVID-19, el diagnóstico de otras enfermedades de origen viral puede no estar siendo detectadas por priorizar el diagnóstico para COVID-19 lo que puede estar conllevando a que, los primeros casos de Síndrome Inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes la primera sospecha sea la COVID-19 y se pueda generar una potencial demora para la captación, notificación y manejo de los casos que eviten la muerte.

Si se sospecha SIM, los médicos que atienden niños deben inmediatamente referir los pacientes al tercer nivel de atención, el diagnóstico y el tratamiento temprano y adecuado de los pacientes que cursen con estos criterios ya descritos, evitarán daño de órganos y complicaciones a largo plazo.

³ Sistema de Vigilancia Epidemiológica, MSP. 30 de mayo de 2020

III: Vigilancia y Definición de caso preliminar para el SIM en niños (OMS):

La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis auto limitada de la infancia. La complicación más importante son las anomalías coronarias. Un pequeño porcentaje de niños puede presentar el síndrome de shock en EK. No hay pruebas diagnósticas de laboratorio para EK. El diagnóstico se basa en la fiebre (≥ 5 días) y al menos cuatro de los siguientes criterios: conjuntivitis bilateral, cambios en los labios o en la mucosa oral (lengua aframbuesada), erupción cutánea, cambios en manos o en pies (eritema, edema, induración, descamación), y linfadenopatía cervical con al menos un ganglio \geq de 1,5 cm de diámetro. Se desconoce su etiología.

Definición de caso sospechoso:

Niños y adolescentes de 0 a 19 años con fiebre desde hace 3 días o más; y dos de los criterios siguientes:

- a) Erupción o conjuntivitis bilateral no purulenta o signos de inflamación mucocutánea (oral, manos o pies).
- b) Hipotensión o shock.
- c) Características de disfunción miocárdica, pericarditis, valvulitis o anomalías coronarias (incluyendo hallazgos de Ecocardiografía o elevación de Troponina y de péptido natriurético -proBNP-)
- d) Evidencia de coagulopatía (a partir del TP, TPT, o de valores Dímeros D elevados).
- e) Problemas gastrointestinales agudos (diarrea, vómitos o dolor abdominal).
- f) Elevados marcadores de inflamación como VSG, PCR o procalcitonina.
- g) Que no exista otra causa microbiana obvia de inflamación, incluyendo la sepsis bacteriana, síndromes de shock estafilocócico o estreptocócico.
- h) Evidencia de COVID-19 (RCP-TR, prueba de antígeno o serología positiva), o probable contacto con pacientes con COVID-19.

Este evento ya se encuentra incluido dentro del sistema de vigilancia epidemiológica y se realizará una notificación obligatoria de todos los establecimientos de salud de la red pública y complementaria, por lo que los profesionales de la salud deben estar atentos a estos casos para su confirmación o descarte.