

Doctor, ¿tiene cinco minutos?

SECCIÓN A CARGO DE MIRIAM TONIETTI^a Y BETTINA VIOLA^b

Long Covid-19: Proposed Primary Care Clinical Guidelines for Diagnosis and Disease Management

Covid-19 prolongado: Propuesta de guía clínica de atención primaria para el diagnóstico y manejo de la enfermedad

SISÓ-ALMIRALL A, BRITO-ZERÓN P, CONANGLA FERRÍN L, et al.
en representación del CAMFIC Long Covid-Study Group.

Int J Environ Res Public Health. 2021; 18 (8):4350.

Doi: 10.3390/ijerph18084350. PMID: 33923972; PMCID: PMC8073248.

El espectro clínico de la enfermedad causada por el SARS-CoV-2 es muy amplio. La presentación clínica más común de COVID-19 es una infección respiratoria leve y, con menor frecuencia, neumonía con fiebre, tos y disnea. La duración media de los síntomas oscila entre los 11 y 28 días. La persistencia anormal de signos y síntomas durante más de 4 semanas (COVID-19 prolongado) después de la resolución de la infección por SARS-CoV-2 ha sido poco estudiada. Se estima que presenta una frecuencia del 10 %. Existe escasa información sobre los factores que puedan identificar a las poblaciones con mayor riesgo de padecer COVID-19 prolongado.

El objetivo de este trabajo fue desarrollar guías clínicas de atención primaria para pacientes con signos y síntomas prolongados de COVID-19 para permitir a los profesionales de la salud abordar las diferentes consecuencias para la salud luego de la infección aguda por SARS-CoV-2.

En primera instancia los autores han consensuado tres diferentes definiciones:

Infección aguda por COVID-19, COVID-19 sintomático y continuo y el Síndrome post- COVID-19. El término ***COVID-19 prolongado*** incluye tanto al COVID-19 sintomático y continuo como al Síndrome post-COVID-19.

A falta de guías de práctica clínica (GPC) basadas en la evidencia para el manejo del COVID-19 prolongado, la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (CAMFIC) estableció pautas para pacientes con COVID-19 prolongado que no requirieron hospitalización y cuyo diagnóstico y seguimiento se haya realizado en atención primaria. Dicha atención se estructura en tres consultas según el tiempo desde el diagnóstico de la infección por SARS-CoV-2.

La primera consulta debe realizarse a partir de la cuarta semana después de la confirmación diagnóstica, con el objetivo de confeccionar una historia clínica completa y detallada, examen físico exhaustivo y pruebas complementarias para estudiar las posibles causas subyacentes de los síntomas prolongados. La evaluación del parénquima pulmonar es fundamental en todos los pacientes con COVID-19.

La segunda consulta, a partir de la semana 8, tiene el objetivo de evaluar los resultados de los estudios solicitados y realizar diagnósticos diferenciales. Se han establecido algoritmos de diagnóstico y manejo para los principales signos y síntomas (fatiga, artralgias, mialgias, dolor torácico, tos, disnea, anosmia/disgeusia, cefalea, síntomas digestivos, entre otros) que pueden estar presentes en estos pacientes.

La tercera consulta, a partir de la semana 12, permite objetivar la evolución de los síntomas a largo plazo y reevaluar las posibles causas según los algoritmos correspondientes. Se establecen enfoques diagnósti-

a. Servicio de Nutrición, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

b. Hospital de Día Polivalente, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.



cos y terapéuticos para las principales presentaciones sindrómicas posteriores a COVID-19. Finalmente, se remarca la importancia de evaluar, diagnosticar y manejar adecuadamente las diferentes secuelas a largo plazo: cardiopulmonares, la trombosis post-COVID, el amplio espectro de enfermedades inmunomediadas y el impacto en la salud mental, entre otras.

Desafortunadamente, existe un bajo nivel actual de evidencia científica sobre COVID-19 prolongado. Por otro lado, la falta de definiciones internacionalmente aceptadas evidencian elevada heterogeneidad, que dificulta un análisis global.

Resilience of children in disasters: A multisystem perspective ***Resiliencia de los niños ante los desastres: Una perspectiva multisistémica***

MASTEN A.

Int J Psychol. 2021; 56(1):1-11. Doi: 10.1002/ijop.12737. Epub 2020 Dec 16. PMID: 33325580.

El futuro de todos los niños se encuentra amenazado ante el aumento de desastres naturales, políticos y tecnológicos. La resiliencia es la capacidad de un sistema dinámico de adaptarse con éxito a los desafíos que amenazan la función, la supervivencia o el desarrollo del sistema. Los principales determinantes de adaptación entre los jóvenes en el contexto de un desastre, incluyen las **variaciones en la dosis de exposición a la adversidad, el momento del desarrollo y los sistemas socioeconómicos de la vida** capaces de generar una respuesta adaptativa.

Los grandes desastres desafían a muchos sistemas simultáneamente o en una secuencia de tipo cascada a medida que se afectan los sistemas interconectados. Éstos generan reacciones complejas tanto a nivel individual como comunitario: un huracán o un terremoto pueden causar destrucción y muerte afectando simultáneamente múltiples niveles; en cambio, la infección por un virus, como la pandemia del COVID 19, causa enfermedades debilitantes en los individuos y genera efectos en cascada al interrumpir muchos aspectos de la vida familiar, laboral y escolar, la atención médica, la economía y las funciones gubernamentales.

Existen variaciones individuales en el impacto y recuperación ante una misma situación de desastre, según la presencia de aspectos protectores de la personalidad, cognición, habilidades o talentos socioemocionales.

La adaptación de los niños a los desastres depende de la resiliencia de los diferentes sistemas interconectados con el niño: las familias, las escuelas, las comunidades y los sectores políticos.

Para mitigar los efectos nocivos de los desastres en los niños deben incluirse estrategias centradas en el riesgo (para evitar que sucedan o mitigar el impacto), en los activos (para impulsar o acceder a los recursos) y en el sistema adaptativo (para movilizar o facilitar a los propulsores de la resiliencia) según las diferentes edades, la naturaleza de los desafíos, la historia y los contextos culturales de las poblaciones afectadas.

Perceived Determinants of Children's Inadequate Sleep Health. ***A Concept Mapping Study among Professionals*** ***Determinantes percibidos de la insuficiente salud del sueño en niños.*** ***Estudio de mapeo entre profesionales***

BELMON L, BRASSER F, BUSCH V, et al.

Int J Environ Res Public Health. 2020; 17(19):7315.

Doi: 10.3390/ijerph17197315. PMID: 33036399; PMCID: PMC7578965.

Se define como sueño inadecuado al descanso que resulta insuficiente en calidad o en cantidad. En los últimos tiempos, se observó en niños, la mayor frecuencia de algún tipo de sueño inadecuado (menor can-

tividad de horas de sueño, somnolencia diurna, horario de ir a dormir cada vez más tarde) con impacto negativo en su salud (menor regulación de las emociones, menor concentración y rendimiento escolar, mayor sobrepeso y diabetes). Para promover un sueño saludable entre los niños es esencial comprender los factores subyacentes que lo determinan y realizar intervenciones efectivas para modificarlos.

En este trabajo, los autores realizaron un estudio de mapeo conceptual de seis pasos en línea, para identificar las perspectivas de los profesionales de la salud sobre los posibles determinantes de una mala salud del sueño en niños que asisten a la escuela primaria en los Países Bajos. Para ello, 27 profesionales experimentados (9 médicos, 2 enfermeras y 7 expertos en sueño) evaluaron el sueño de niños de 4 a 12 años de edad. Se identificaron cinco determinantes potenciales de sueño inadecuado: **psicosociales, médicos, pedagógicos, ambientales y actividades diurnas y nocturnas**. Los determinantes percibidos como más importantes fueron: el cambio en la vida diaria, el uso de pantallas y juegos estimulantes antes de acostarse, la cantidad inadecuada de actividad física durante el día, el horario de sueño alterado y la falta de rutina antes de acostarse.

Los autores concluyen que la salud inadecuada del sueño en los niños es multifactorial y resaltan la interrelación entre los diferentes determinantes señalados. Las intervenciones futuras deberán centrarse en mejorar las habilidades de los padres para cambiar el comportamiento de los niños promoviendo una estructura regular de rutinas diurnas y nocturnas, evitando las actividades que puedan aumentar el estado de alerta o ansiedad en los niños.

Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents

Identificación y manejo de los trastornos alimentarios en niños y adolescentes

HORNBERGER LL, LANE MA; COMMITTEE ON ADOLESCENCE.

Pediatrics 2021; 147(1):e2020040279.

Doi: 10.1542/peds.2020-040279. Epub 2020 Dec 21. PMID: 33386343.

Los trastornos alimentarios son desórdenes graves y potencialmente mortales que afectan a los individuos a lo largo de la vida y que generan un impacto tanto en el aspecto físico como emocional en niños y adolescentes.

Los pediatras se encuentran en una posición única durante la consulta médica para detectar los trastornos alimentarios a tiempo e interrumpir su progresión. La consulta debe incluir una anamnesis detallada al niño/adolescente y al familiar acompañante (incluyendo comportamientos relacionados con la alimentación, el hogar, la escuela, actividades extraescolares, uso de drogas, sexualidad, ideas de suicidio/depresión, historia de abuso sexual) y un completo examen físico (parámetros de crecimiento con peso, talla e IMC y signos vitales con frecuencia cardíaca en reposo, tensión arterial y temperatura). Esta evaluación inicial requerirá de un laboratorio para descartar complicaciones de los trastornos alimentarios u otros diagnósticos alternativos.

Los trastornos alimentarios pueden afectar a todos los sistemas con potenciales complicaciones médicas graves que se desarrollan a consecuencia de la desnutrición, cambios de peso o purga.

El tratamiento de los trastornos de la alimentación en los adolescentes debe ser realizado por un equipo multidisciplinario, que evalúe la necesidad de internación o seguimiento ambulatorio, considerando importante la participación de la familia en las estrategias de tratamiento.

La tasa de mortalidad entre individuos con trastornos alimentarios es sustancialmente más elevada en comparación con la población general (muerte prematura, tasa de suicidio). Los pediatras deben redoblar los esfuerzos para prevenir los trastornos alimentarios, utilizando un lenguaje sencillo y no estigmatizante, demostrar actitudes de apoyo hacia los niños y adolescentes de todas las formas y tamaños corporales y



crear un entorno acogedor para hablar sobre el peso y los comportamientos relacionados con el peso. También, asesorar a los profesores y entrenadores de los distintos deportes acerca de los enfoques saludables nutricionales, creando conciencia sobre los efectos nocivos de la estigmatización del peso y brindando señales de alerta para identificar posibles trastornos alimentarios en niños y adolescentes.

Sudden cardiac death in children and young adults without structural heart disease: a comprehensive review

Muerte súbita cardíaca en niños y adultos jóvenes sin cardiopatía estructural: una revisión completa

TSUDA T, FITZGERALD KK, TEMPLE J.

Rev Cardiovasc Med. 2020; 21(2):205-216.

Doi: 10.31083/j.rcm.2020.02.55. PMID: 32706209.

La muerte súbita de causa cardíaca (MSC) en personas previamente sanas es un evento raro en pediatría que tiene un gran impacto social por su naturaleza impredecible y catastrófica. A diferencia de los adultos donde la principal causa de MSC se relaciona fundamentalmente con la enfermedad isquémica cardíaca, en las víctimas jóvenes, la etiología es más diversa e incluye a las miocardiopatías, los síndromes de arritmias congénitas, miocarditis, isquemia miocárdica debido a anomalías coronarias, insuficiencia cardíaca progresiva y derivadas de cirugías cardíacas.

Se cree que la causa principal de paro cardíaco repentino es la taquicardia ventricular polimórfica o fibrilación ventricular, pero se desconoce frecuentemente el mecanismo subyacente que inicia esta arritmia mortal.

El síndrome de muerte súbita arrítmica (SMSA) se define como la muerte súbita e inexplicable sin cambio patológico identificable en el corazón por medio de una autopsia y análisis toxicológicos negativos. Para intentar esclarecer su patogenia se requieren estudios genéticos moleculares. Sin embargo, estas pruebas logran identificar mutaciones potencialmente responsables de la MSC en menos de la mitad de los casos. También puede resultar útil el cribado clínico de los familiares de primer grado ante la sospecha de una arritmia o miocardiopatía hereditaria.

Aunque se ha destacado la MSC durante el ejercicio en adolescentes y adultos jóvenes, la mayoría de estas muertes ocurren en reposo o durante el sueño.

Recientemente, el eje corazón-SNC ha ganado considerable atención por la patogenia de la MSC asociada a ciertos trastornos del SNC que incluyen los accidentes cerebrovasculares, hemorragia subaracnoidea y la epilepsia (SUDEP). Se sabe que las emociones fuertes y los factores estresantes (ira, miedo, dolor y desastres naturales) desencadenan MSC en personas con o sin enfermedades cardiovasculares existentes. Esto sugiere la existencia de centros corticales y subcorticales involucrados en el eje corazón-SNC. Por ello, se utiliza como estrategia factible, eficaz y segura la modulación del sistema nervioso autónomo para el tratamiento de las arritmias potencialmente letales. Asimismo, se resalta la importancia de advertir sobre síntomas variados como mareos, síncope/presíncope, palpitaciones, dolor de pecho, disnea, convulsiones y pérdidas transitorias del conocimiento como una forma frustra de MSC.
