

Síndrome Inflamatorio Multisistémico Pediátrico Asociado a SARS-CoV-2

Dr. Fernando Alcázar Luna Rº5 UCI. Dra. Ángela Vidal Bataller Rº4 Pediatría
Reunión Multidisciplinar Sº Medicina Intensiva UCIP-Pediatría



Índice

INTRODUCCIÓN

¿SIM-PedS?

INFLUENCIA DE LA PANDEMIA EN UCIP

NUESTRA EXPERIENCIA

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCIÓN

- En Enero 2020 un nuevo Coronavirus, bautizado **Covid-19**, se describe en Wuhan, China.
- Su rápida propagación conduce a la OMS a declarar estado de **emergencia sanitaria global**.



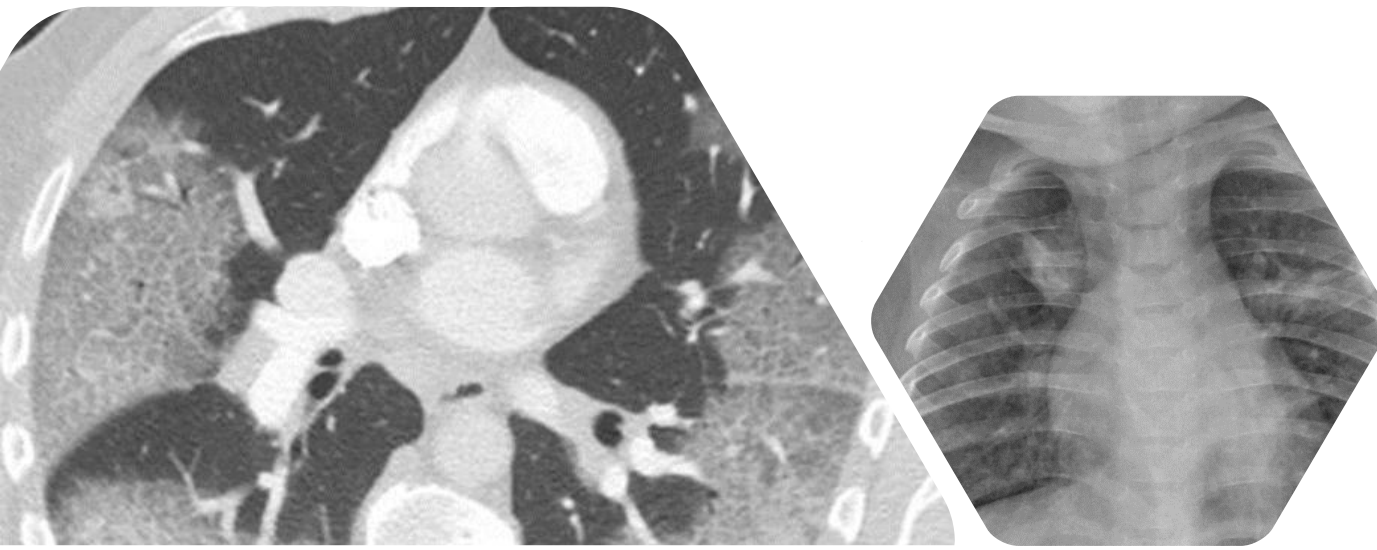
EL PAÍS

La OMS declara la emergencia mundial ante la expansión del virus

El organismo ve necesaria una "acción global" tras



- El **SARS-Cov2** genera afectación del sistema respiratorio, pudiendo provocar neumonía bilateral y distrés respiratorio.
- La escasa literatura en pacientes pediátricos muestra que el virus afecta más a lactantes y niños pequeños, aunque las formas graves son más frecuentes en adultos.
- La epidemiología disponible muestra baja proporción de pacientes pediátricos que precisen ingreso en unidades de cuidados intensivos.



> JAMA. 2020 Apr 7;323(13):1313-1314. doi: 10.1001/jama.2020.2131.

Novel Coronavirus Infection in Hospitalized Infants Under 1 Year of Age in China

Min Wei¹, Jingping Yuan¹, Yu Liu², Tao Fu¹, Xue Yu³, Zhi-Jiang Zhang³

> J Public Health Manag Pract. 2020 Jul/Aug;26(4):325-333. doi: 10.1097/PHH.0000000000001190.

COVID-19 in Children in the United States: Intensive Care Admissions, Estimated Total Infected, and Projected Numbers of Severe Pediatric Cases in 2020

Elizabeth Barnett Pathak¹, Jason L Salemi, Natasha Sobers, Janelle Menard, Ian R Hambleton

JAMA Pediatrics | Original Investigation | CARING FOR THE CRITICALLY ILL PATIENT

Characteristics and Outcomes of Children With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Infection Admitted to US and Canadian Pediatric Intensive Care Units

Lara S. Sheldemian, MD, MHA; Nabihah R. Mahmood, MD; Katie K. Wolfe, MD; Becky J. Riggs, MD; Catherine E. Ross, MD; Christine A. McKernan, MD; Sabrina M. Heidemann, MD; Lawrence C. Kleinman, MD, MPH; Anita I. Sen, MD; Mark W. Hall, MD; Margaret A. Priestley, MD; John K. McGuire, MD; Konstantinos Boukas, MD; Matthew P. Shannon, MD; Jeffrey P. Burns, MD, MPH; for the International COVID-19 PICU Collaborative

En ABRIL
2020...



At least 12 UK children have needed intensive care due to illness linked to Covid-19

Patients may have new type of toxic shock syndrome, which causes pain and inflammation

27 de abril 2020

EL PAÍS


Pediatras europeos alertan de la posible relación del coronavirus con síntomas graves pero infrecuentes en niños

El ministro de Sanidad británico dice que varios menores han muerto por esta causa, pero los expertos llaman a la calma y advierten de que se trata de cuadros clínicos muy poco frecuentes



Varios niños, en las calles de Madrid, al primer día de su salida tras el establecimiento del estado de alarma. JAMÉ VILLANUEVA



OH YES

I'M A MESS

Kawasaki completo

- 1 paciente (3.2%)

Kawasaki incompleto

- 17 pacientes (54.8%)

Shock Tóxico

- 24 pacientes (77.4%)

Kawasaki incompleto + Shock tóxico

- 14 pacientes (45.2%)

PIMS sin criterios de Kawasaki ni ST.

- 3 pacientes (9.7%)



• Enero 2020

• Abril 2020

Tabla 1 Definiciones de SIM-PedS por la Organización Mundial de la Salud (OMS), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y el Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH)

OMS	<p>Paciente < 19 años con fiebre > 3 días y 2 de los criterios siguientes:</p> <p>Erupción cutánea o conjuntivitis no purulenta bilateral o signos de inflamación mucocutánea (boca, manos o pies)</p> <p>Hipotensión o shock</p> <p>Datos de disfunción miocárdica, pericarditis, valvulitis o anomalías coronarias (incluidos hallazgos ecocardiográficos o valores elevados de troponina/NT-pro-BNP)</p> <p>Evidencia de coagulopatía (alteración de TP, TTPa o valores elevados de dímeros D)</p> <p>Síntomas gastrointestinales agudos (diarrea, vómitos o dolor abdominal)</p> <p>Y valores elevados de marcadores de inflamación (elevación de VSG, PCR o PCT)</p> <p>Y ninguna otra causa microbiológica evidente de inflamación, incluida la sepsis bacteriana y los síndromes de shock tóxico estafilocócico o estreptocócico</p> <p>Y evidencia de COVID-19 (RT-PCR, pruebas antigénicas o serología positivas) o contacto probable con un caso de COVID-19</p>
CDC	<p>Paciente < 21 años con fiebre > 24 h</p> <p>Y evidencia de enfermedad grave que precise hospitalización con afectación de > 2 órganos o sistemas (cardíaco, respiratorio, hematológico, gastrointestinal, dermatológico o neurológico) signos de respuesta inflamatoria (elevación de PCR, VSG, fibrinógeno, PCT, dímero D, ferritina, LDH o IL-6, neutrofilia, linfopenia o descenso de cifra de albúmina)</p> <p>Y exclusión de otros diagnósticos alternativos</p> <p>Y evidencia de COVID-19 reciente o actual (RT-PCR, pruebas antigénicas o serología positivas) o con contacto con caso de COVID-19 en las últimas 4 semanas</p>
RCPCH, UK	<p>Fiebre persistente</p> <p>Y signos de respuesta inflamatoria (neutrofilia, PCR elevada y linfopenia)</p> <p>Y evidencia de disfunción orgánica o multiorgánica (shock, cardíaca, respiratoria, renal, gastrointestinal o neurológica), con características adicionales (ver tabla en la definición de caso). Puede incluir diagnóstico de enfermedad de Kawasaki completa o incompleta</p> <p>Y exclusión de otras causas infecciosas, incluyendo sepsis bacteriana, shock tóxico estreptocócico o estafilocócico e infecciones asociadas a miocarditis como enterovirus</p> <p>La RT-PCR para COVID-19 puede ser positiva o negativa</p>



World Health Organization

DEFINICIÓN SIM-PedS

Registro EPICO

Estudio epidemiológico de las infecciones respiratorias por SARS-CoV-2 en pacientes pediátricos

• Enero 2020

EPICO-AEP

Registro nacional de pacientes pediátricos afectados por SARS-CoV-2

• Julio 2020

Documento español de consenso sobre diagnóstico, estabilización y tratamiento del SIM-PedS

• Agosto 2020

Información EPICO-AEP

COHORTE PEDIÁTRICA COVID-19

Criterios de inclusión

- Pacientes menores de 18 años hospitalizados
- Clínica compatible con COVID-19 más infección confirmada por SARS-CoV-2 por PCR o test antigénico rápido PanBio o MIS-C según criterios de la OMS
- Consentimiento informado por parte de sus padres o tutores

Clinical Infectious Diseases

BRIEF REPORT

Multi-inflammatory Syndrome in Children Related to Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) in Spain

Cinta Moraleda,^{1,2} Miquel Serna-Pascual,² Antoni Soriano-Arandes,³ Silvia Simó,⁴ Cristina Epalza,¹ Mar Santos,⁵ Carlos Grasa,⁶ María Rodríguez,⁷ Beatriz Soto,⁸ Nerea Gallego,⁹ Yolanda Ruiz,¹⁰ María Urretavizcaya-Martínez,¹¹ Marta Pareja,¹² Francisco José Sanz-Santaefemia,¹³ Victoria Fumadó,⁴ Miguel Lanaspá,⁴ Iolanda Jordan,¹⁴ Luis Prieto,¹ Sylvia Belda,¹⁵ Belén Toral-Vázquez,¹⁶ Elena Rincón,⁵ Nuria Gil-Villanueva,¹⁷ Ana Méndez-Echevarría,⁶ Ana Castillo-Serrano,¹² Jacques G Rivière,³ Pere Soler-Palacín,³ Pablo Rojo,^{1,2} Alfredo Tagarro,^{2,18,19}; on behalf of EPICO-AEP Working Group

DOI: 10.1016/j.anpedi.2020.09.005

[Open Access](#)

Documento español de consenso sobre diagnóstico, estabilización y tratamiento del síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico vinculado a SARS-CoV-2 (SIM-PedS)

Spanish consensus document on diagnosis, stabilisation and treatment of pediatric multisystem inflammatory syndrome related to SARS-CoV-2 (SIM-PedS)

¿Y por qué no es Kawasaki?

**AUNQUE SIEMPRE CONSIDERAR SIM-PedS EN
AQUELLOS PACIENTES QUE CUMPLAN LOS CRITERIOS
DE EK EN ALGUNA DE SUS FORMAS**

Pacientes mayores (>
8 años, *frente a* <
5 años) y raza
hispanica > *no*
hispanica (*asiáticos*)

Más síntomas
digestivos y
neurológicos
Mayor afectación
cardiovascular/shock

Mayor elevación de
RFA, coagulopatía/
elevación DD y
linfopenia/
plaquetopenia (*frente
a neutrofilia y
plaquetas normales*)

Mayor resistencia a
IGIV

SIM-PedS o MIS-C o PIMS = SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO ASOCIADO A SARS-COV-2

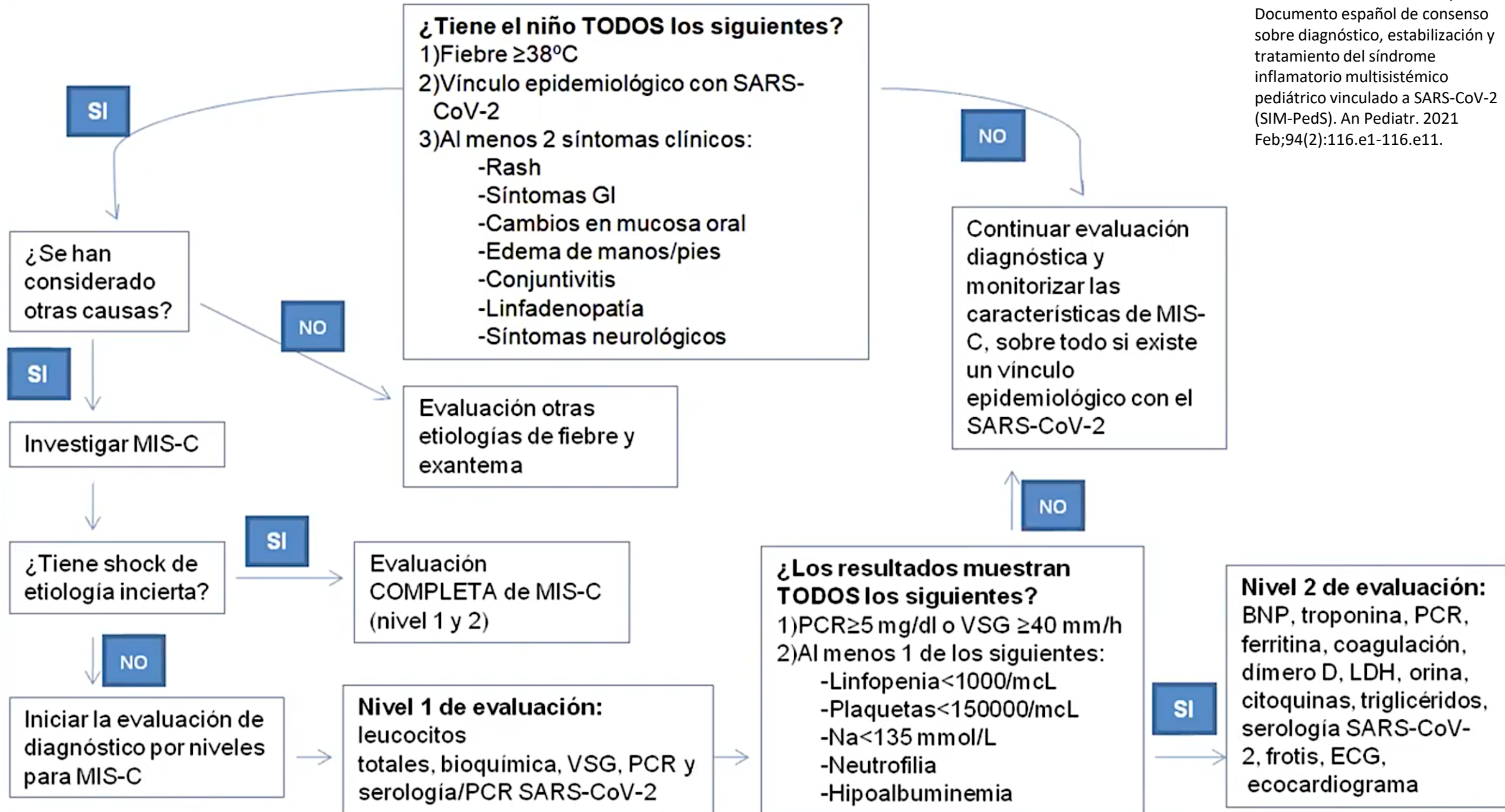
1. Fiebre persistente
2. Con clínica de afección de uno o más órganos: **disfunción miocárdica, alteraciones neurológicas**
3. Parámetros **inflamatorios** elevados
4. En ausencia de diagnóstico alternativo
5. Y evidencia de infección (PCR positiva o en las últimas semanas)

- Sepsis de causa bacteriana.
- Infecciones víricas.
- Abdomen agudo.
- SST estreptocócico o estafilocócico.
- Miocarditis por otros microorganismos.
- EK no relacionada con SARS-CoV-2.
- Hipersensibilidad a fármacos (síndrome de Stevens Johnson).
- Otras enfermedades reumatológicas sistémicas (AIJ...).
- Linfohistiocitosis hemofagocítica primarias o secundarias.

Shock, datos de disfunción de órganos intestinales o

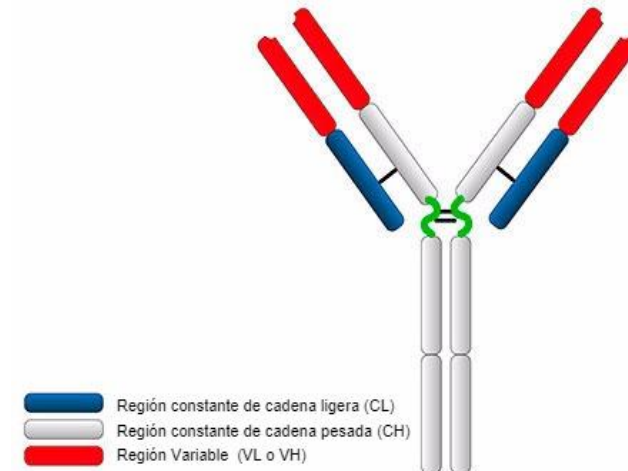
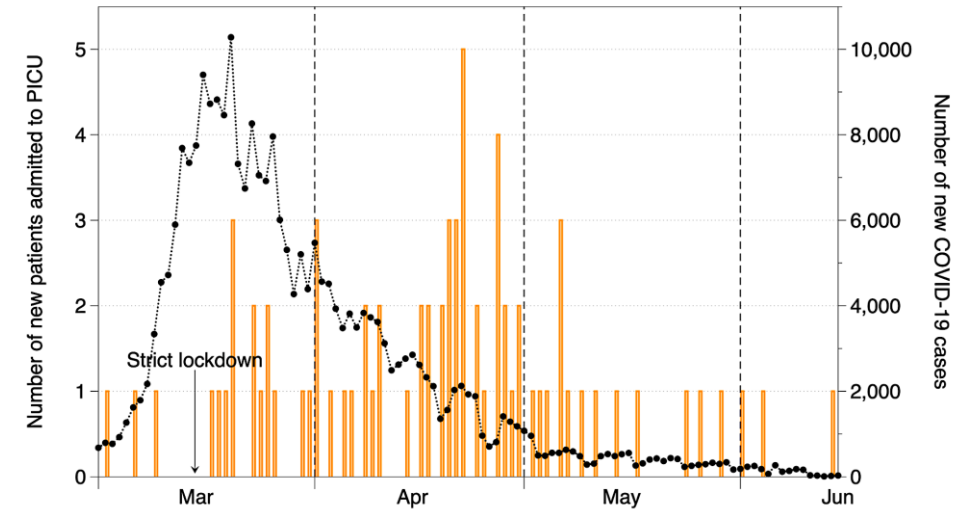
g o serología
congruente en

in OMS, CDC y RCPCH

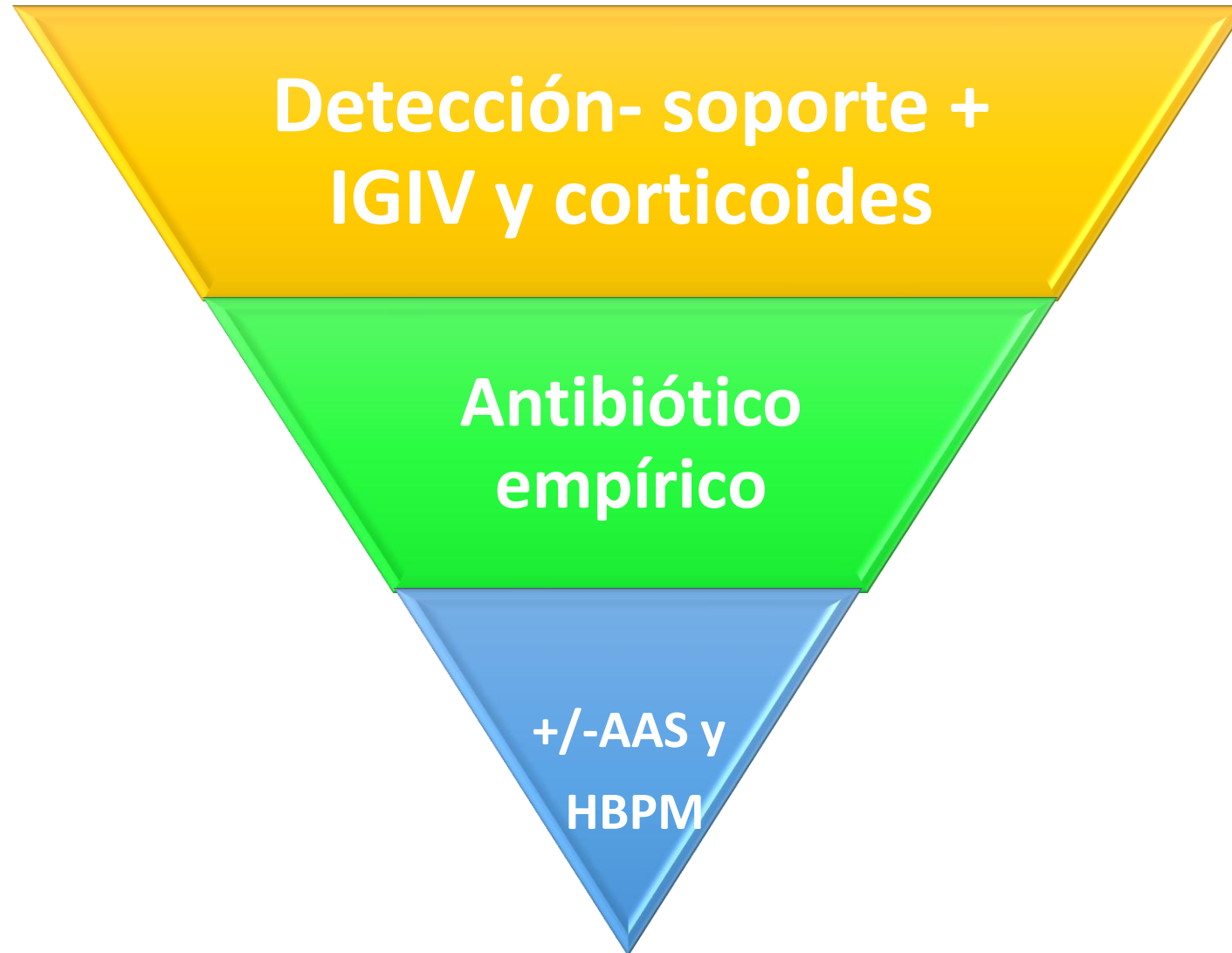


Etiopatogenia

- Respuesta inmunológica patológica (**HIPERINFLAMACIÓN**) en individuos genéticamente predispuestos, la mayoría previamente sanos (> 90%)
- ≠ infección aguda
- Relación temporal: pico tras las olas, latencia 2-4 semanas
- Relación causal: evidencia de ambiente epidemiológico/PCR o Ag +/ serología +



Tratamiento



TRATAMIENTO HOSPITALARIO DE PACIENTE CON SIM-PedS

IDENTIFICACIÓN Y ACOGIDA

- Identificación.
- Recoger constantes.
- Comprobar vías, sondajes, etc.

MEDIDAS DE AISLAMIENTO

- Contacto y gotas.
- Habitación individual.
- Un acompañante.
- Uso de mascarilla quirúrgica.
- Uso de equipos de protección individual.

MONITORIZACIÓN

- Pulsioximetría.
- Frecuencia respiratoria.
- Tensión arterial y diuresis.
- Escalas de alerta precoz.
- Frecuencia cardíaca.

TRATAMIENTO DE SOPORTE

- Antitérmicos.
- Antibioterapia.
- Fluidoterapia.
- Oxigenoterapia.
- Heparina y aspirina.
- Inmunoglobulina y/o corticoides.

VALORACIÓN CARDÍACA

- Ecocardiograma.
- Electrocardiograma.
- Marcadores de lesión cardíaca (CK-Mb, Troponina, NT-ProBNP).

VALORACIÓN CARDÍACA

ESTUDIO NORMAL
MARCADORES ELEVADOS
ECTASIA CORONARIA
ANEURISMA GIGANTE

Ecocardiograma

Valora en 1-2 sem

ECG

En 72h

Marcadores

En 72h

Repetir estudio en 24h

c/2-3 ds → Semanal

Valorar angioTC

INGRESO EN UCIP

- Inestabilidad hemodinámica o signos de hipoperfusión.
- Soporte vasoactivo.
- Afectación miocárdica.
- Alteración de consciencia.
- Ventilación no invasiva.
- Ventilación mecánica.
- Disfunción orgánica progresiva.

EN CASO DE NO DISPONER DE UCIP CONSIDERAR TRASLADO SI...

- Empeoramiento o no mejoría en un tiempo menor a 8 horas de ingreso.
- Necesidad de soporte respiratorio superior a gafas nasales.
- Inestabilidad hemodinámica o hipoperfusión. Afectación miocárdica confirmada con ecocardiograma.
- Disfunción orgánica progresiva.
- Alteración del nivel de consciencia.

CRITERIOS DE ALTA

- Afebril 48 horas.
- Mejoría clínica y analítica.
- Normalidad de función cardíaca.
- Sin necesidades de oxígeno.
- Ausencia de complicaciones graves.
- Valorar ambiente epidemiológico y riesgo de contagio.

Extraído de: García-Salido A, 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. 2021 Feb;94(2):116.e1-116.e11.

TRATAMIENTO INMUNOMODULADOR

Inmunoglobulinas

2 g/kg en casos moderados-graves →
sobre todo si criterios de EK, SST o
afectación miocárdica

Inestabilidad hemodinámica: 1
g/kg/día x 2 días

Se puede repetir la administración

Corticoides (metilprednisolona)

Primer escalón vs refractario a Ig

-Kawasaki-like: Todos los casos **vs** pacientes de
alto riesgo de resistencia a Ig (varón, <12
m, PCR >10 mg/dl, plaquetas <300000/mcL, AST
>100 U/L, neutrofilia >80%, Na < 133
mmol/L)/shock/ingreso CIP*

1-2 mg/kg/día

-Formas graves (shock refractario con altas dosis
de vasopresores, sospecha HLH) **30 mg/kg/día**

En general de 3 a 5 días y en formas graves
seguir prednisona por vía oral a 1-2
mg/kg/día, con disminución progresiva
hasta normalización de los parámetros
inflamatorios

ANTIBIOTERAPIA

- **Cuadros leves:**
ceftriaxona/cefotaxima
- **Sospecha de shock tóxico:**
vancomicina + clindamicina + ceftriaxona
- **Sospecha de origen abdominal:**
ceftriaxona + metronidazol

AAS

- Criterios de E. de Kawasaki.
- Trombocitosis ($>700000/\text{mCL}^*$)
 - SIM-PedS grave
 - Aneurismas

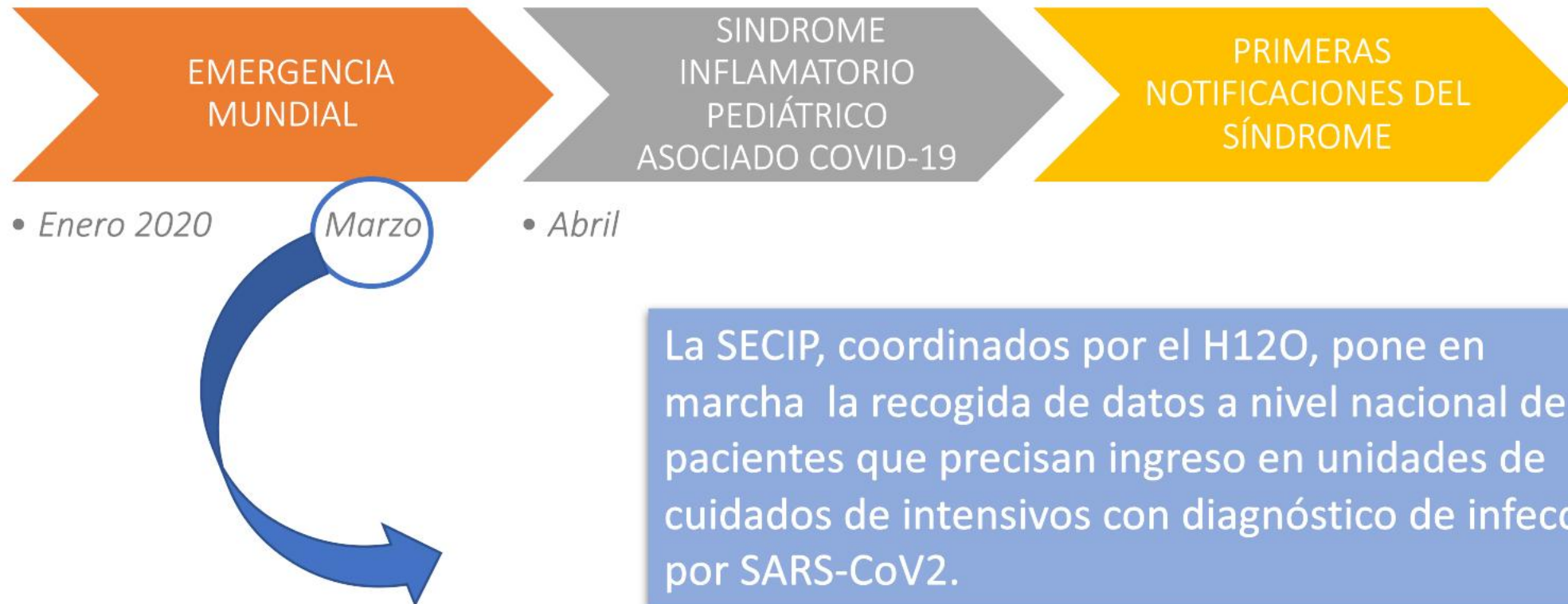
3-5 mg/kg/día; 6 semanas

OJO→En los que cumplan criterios EK: iniciar AAS a 30-50mg/kg/día cada 6 h, por vía oral, hasta que el paciente esté 48h afebril. En ese momento se disminuirá a dosis antiagregante como se refleja.

HBPM

- Profilaxis:
- D-Dímero >6 veces
 - Inmovilizado
 - Aneurismas gigantes
 - FE $<30\%$
 - AP o AF de enfermedad tromboembólica
 - AP de patología isquémica arterial.

Tratamiento: trombosis documentada \pm
FEVI $<30\% \pm$ aneurismas gigantes



REGISTRO MULTICÉNTRICO ESPAÑOL del SIM-PedS en UCIP

García-Salido et al. Crit Care (2020) 24:666
<https://doi.org/10.1186/s13054-020-03332-4>

Critical Care

RESEARCH

Open Access



Severe manifestations of SARS-CoV-2 in children and adolescents: from COVID-19 pneumonia to multisystem inflammatory syndrome: a multicentre study in pediatric intensive care units in Spain

Alberto García-Salido^{1†}, Juan Carlos de Carlos Vicente^{2†}, Sylvia Belda Hofheinz³, Joan Balcells Ramírez⁴, María Slöcker Barrio⁵, Inés Leóiz Gordillo¹, Alexandra Hernández Yuste⁶, Carmina Guitart Pardellans⁷, Maite Cuervas-Mons Tejedor⁸, Beatriz Huidobro Labarga⁹, José Luis Vázquez Martínez¹⁰, Miriam Gutiérrez Jimeno¹¹, Ignacio Oulego-Erroz¹², Javier Trastoy Quintela¹³, Carmen Medina Monzón¹⁴, Laura Medina Ramos¹⁵, María Soledad Holanda Peña¹⁶, Javier Gil-Antón¹⁷, Clara Sorribes Ortí¹⁸, José Carlos Flores González¹⁹, Rosa María Hernández Palomo²⁰, Inma Sánchez Ganfornina²¹, Emilia Fernández Romero²², María García-Besteiro²³, Jesús López-Herce Cid⁵, Rafael González Cortés^{5*} and the Spanish Pediatric Intensive Care Society working group on SARS-CoV-2 infection

- Estudio **multicéntrico, prospectivo**.
- **47 Unidades** de Cuidados Intensivos Pediátricos
- Se recogen datos de niños ingresados con **infección SARS-CoV2** y de niños que cumplen requisitos para **SIM-C**.
- Recogidos durante 1 Marzo-15 Junio 2020
- Objetivo: Perfilar las características de los pacientes afectados, síntomas, resultado de pruebas complementarias y tratamiento recibido.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes <18 años que ingresaban en UCIP con infección SARS-CoV2.
- También se incluyen pacientes que reunían los criterios para MIS-C* (según definición de RCPCH), independientemente de la confirmación diagnóstica microbiológica.

MIS-C*:

- Fiebre persistente (>4 días)
- Elevación de marcadores inflamatorios analíticos (Leucocitosis, linfopenia, PCR elevada)
- Evidencia de disfunción orgánica
- Exclusión de otras enfermedades infecciosas
- Síntomas adicionales
 - Afectación gastrointestinal
 - Afectación mucocutánea.

SÍNTOMAS DEL SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO (PIMS) ASOCIADO A COVID-19



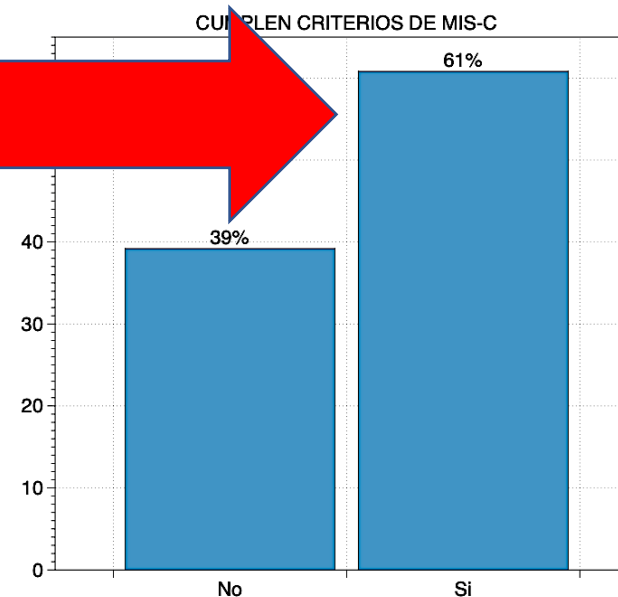
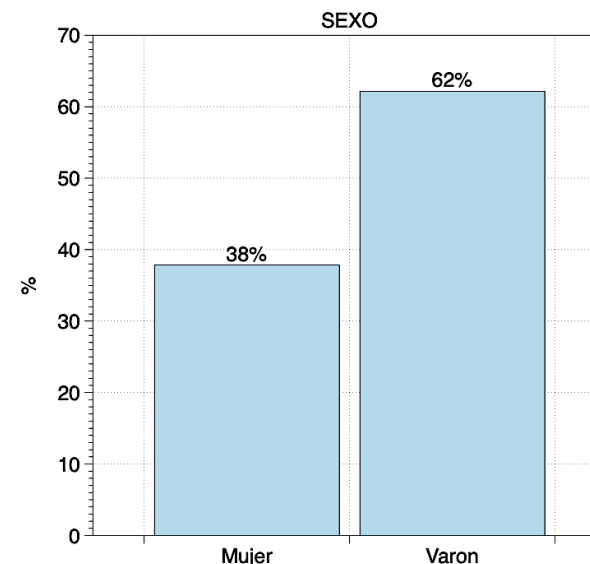


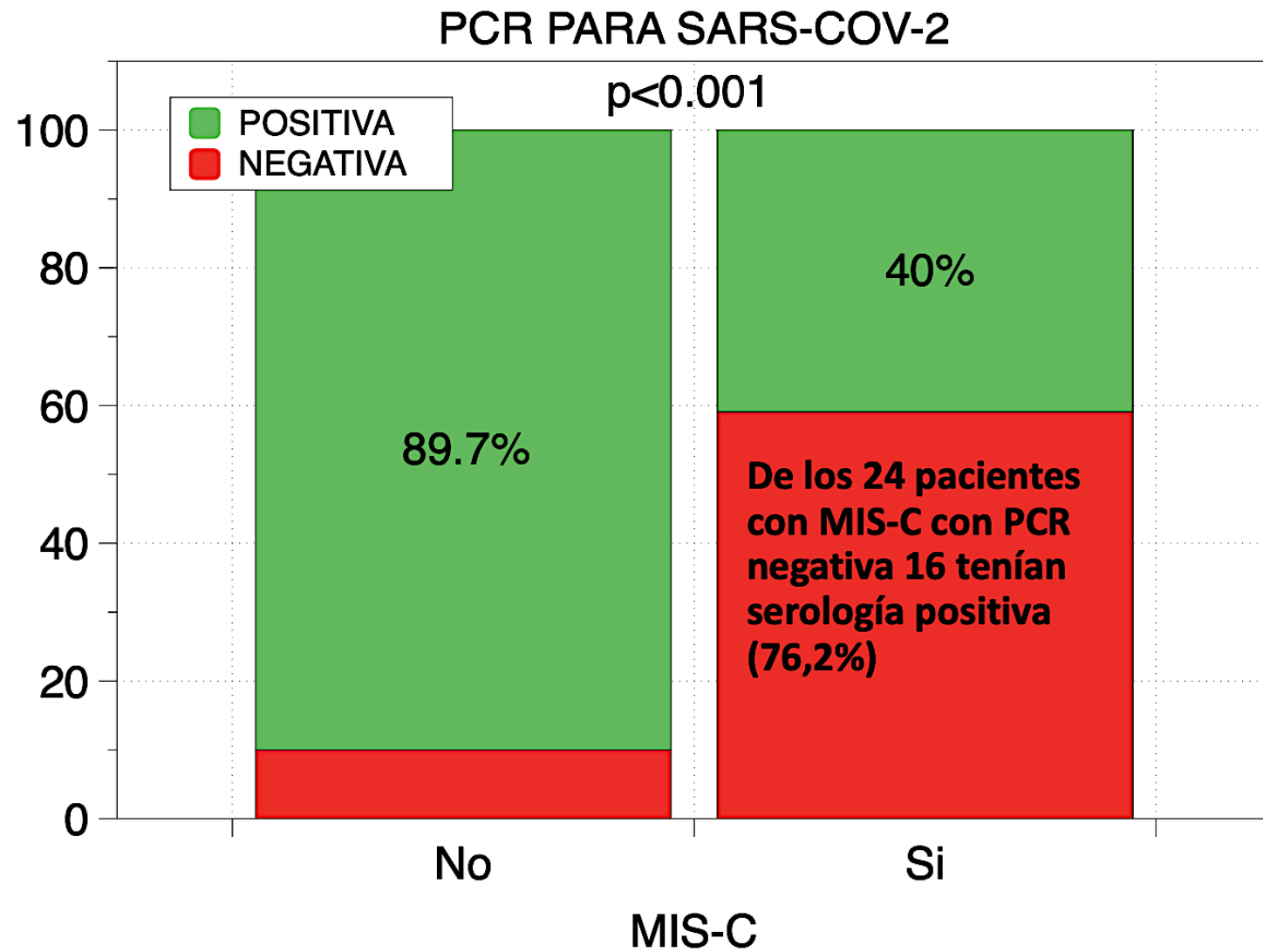
74 pacientes

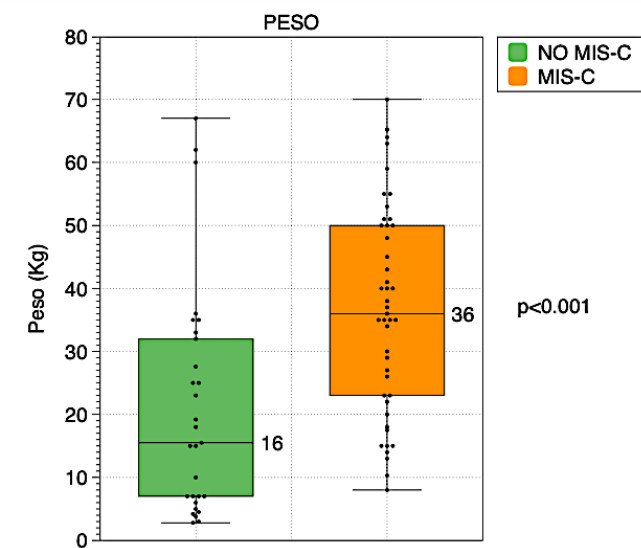
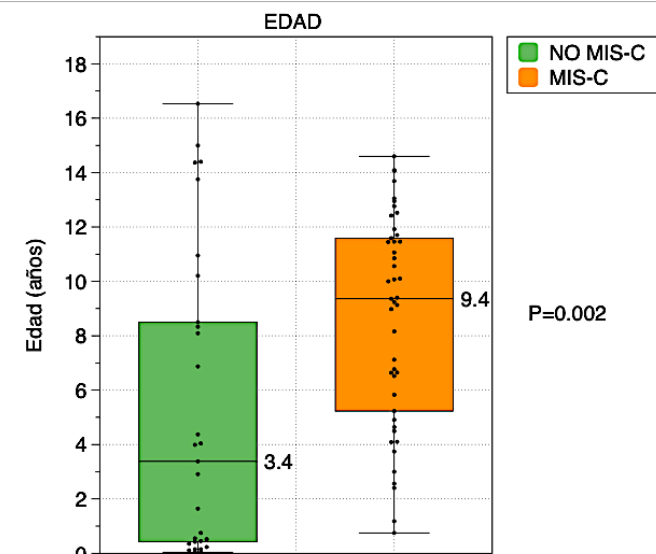
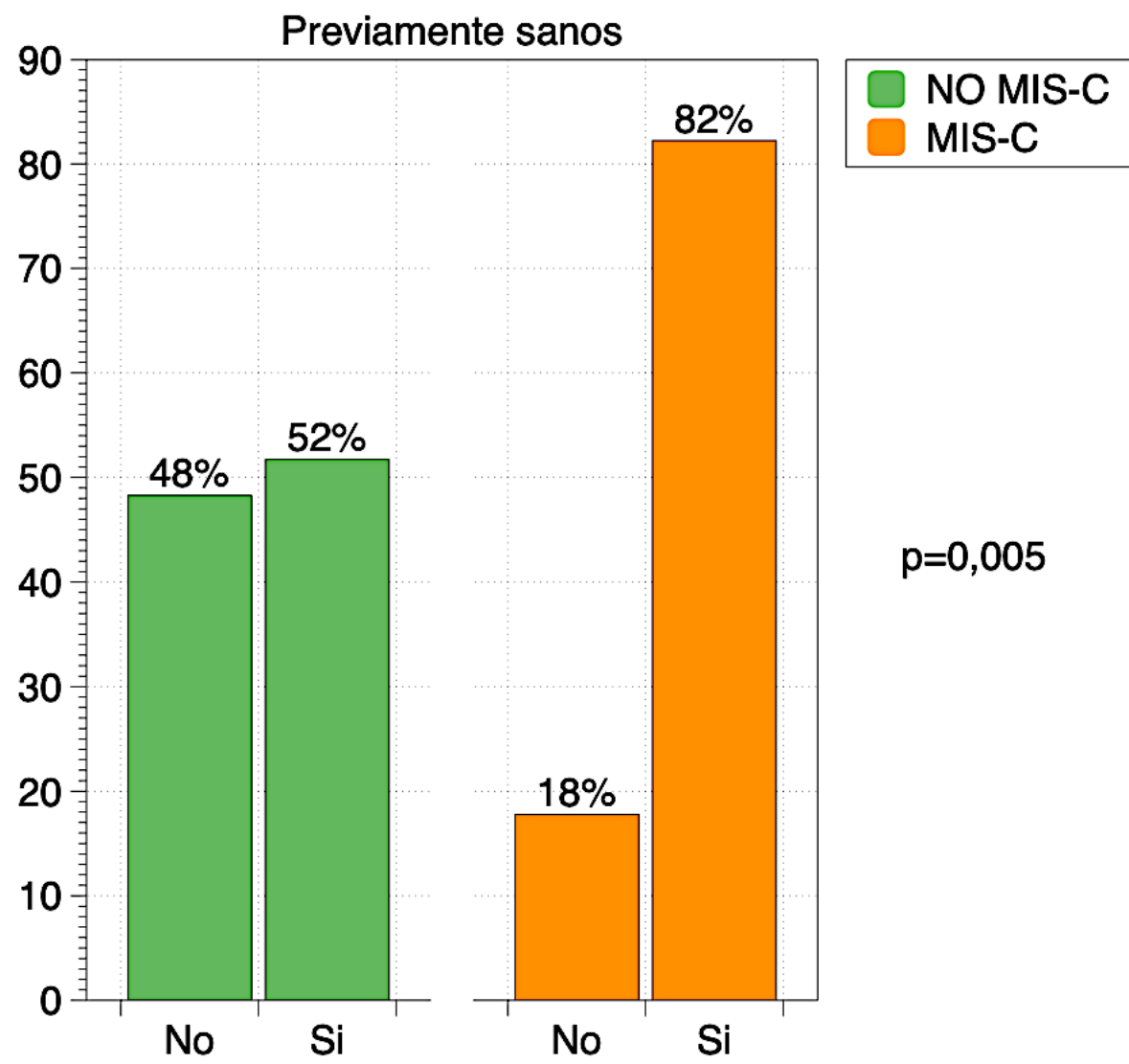
- Edad mediana 8,1 años (3-11,5)
- Peso mediana 29,5 kg (15-43,5)
- 70,3% previamente sanos
- PRISM III: 7 puntos (4-13,5)

MIS-C*:

- Fiebre persistente (>4 días)
- Elevación de marcadores inflamatorios analíticos (Leucocitosis, linfopenia, PCR elevada)
- Evidencia de disfunción orgánica
- Exclusión de otras enfermedades infecciosas
- Síntomas adicionales
 - Afectación gastrointestinal
 - Afectación mucocutánea.

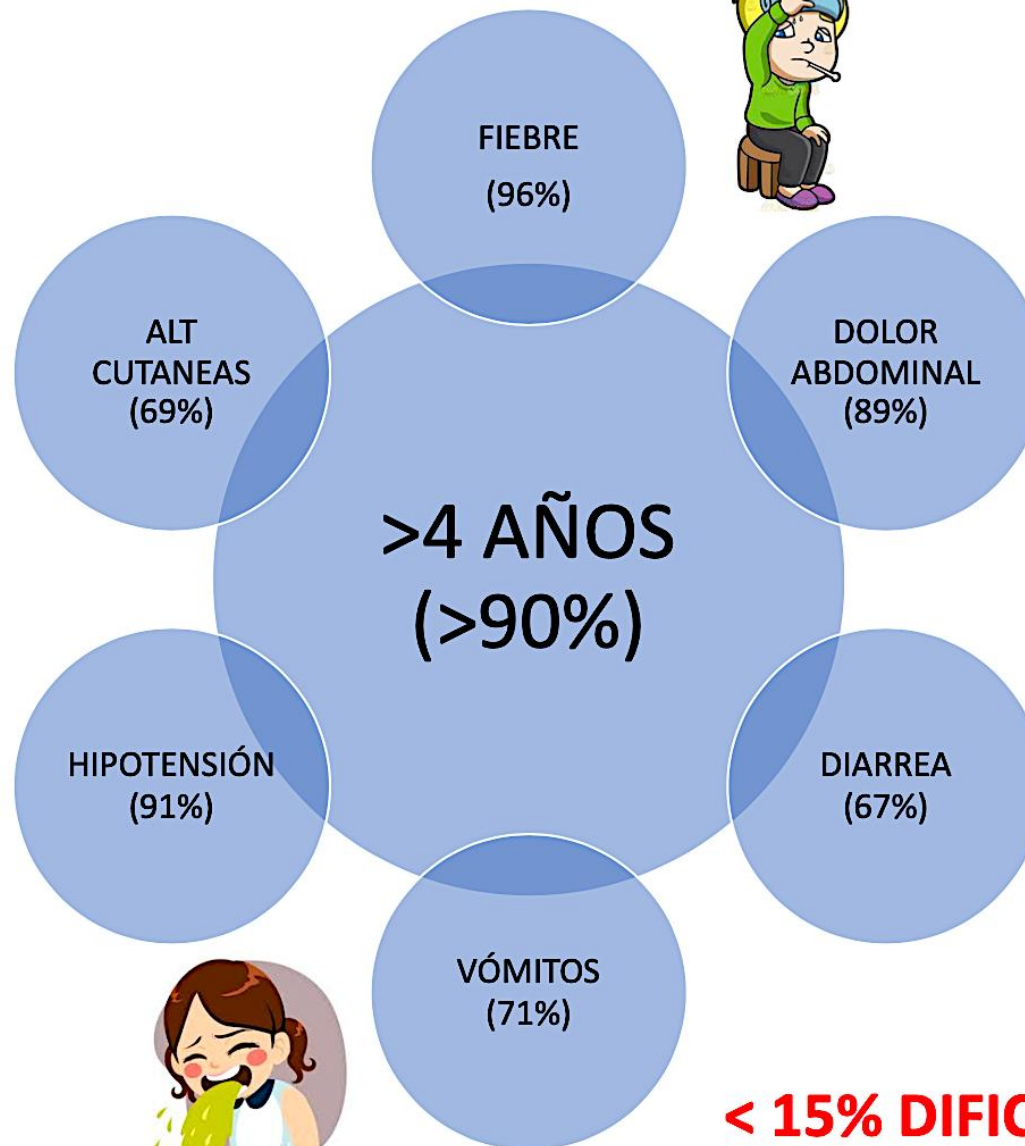






SÍNTOMAS

IN MIS-C



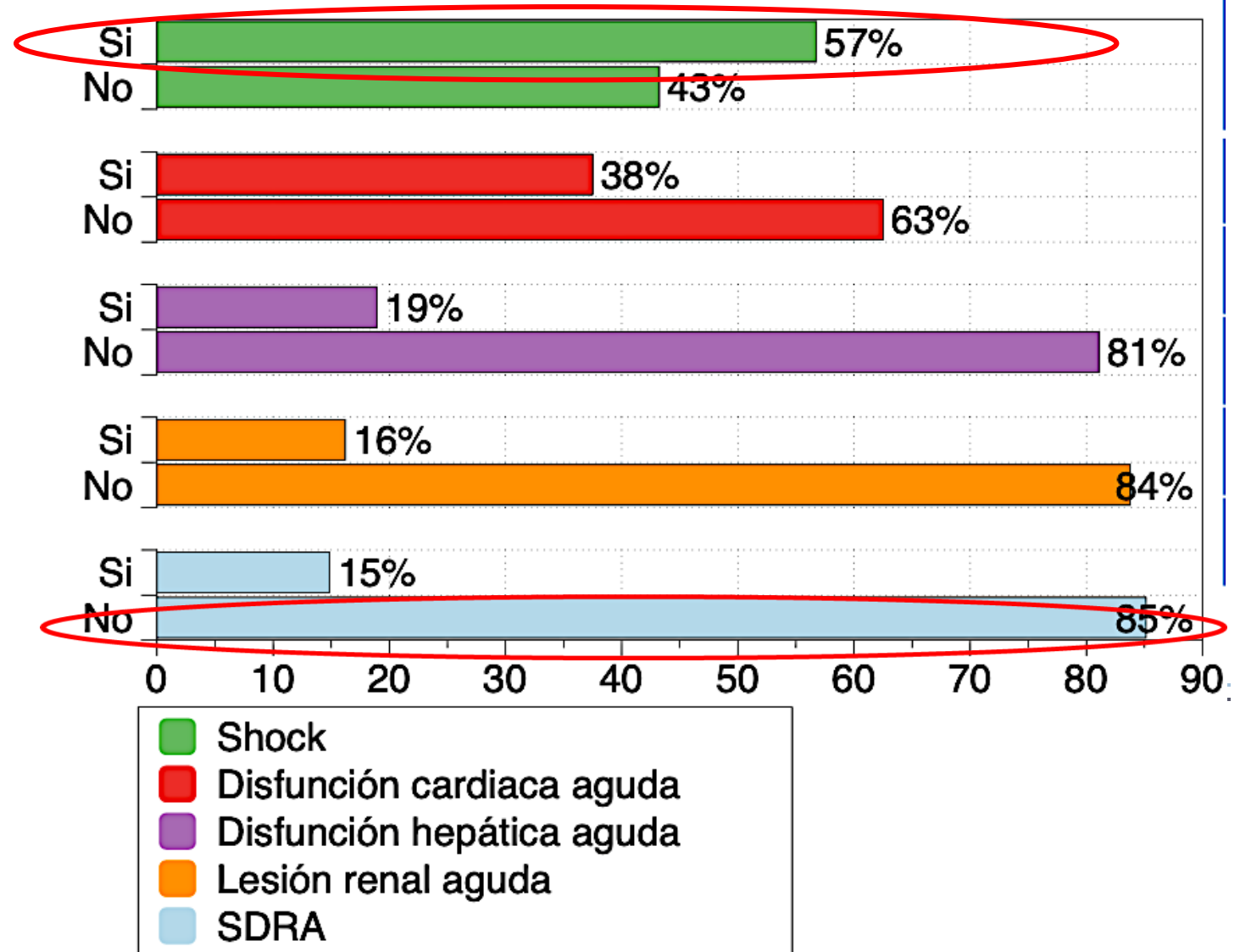
< 15% DIFICULTAD RESPIRATORIA

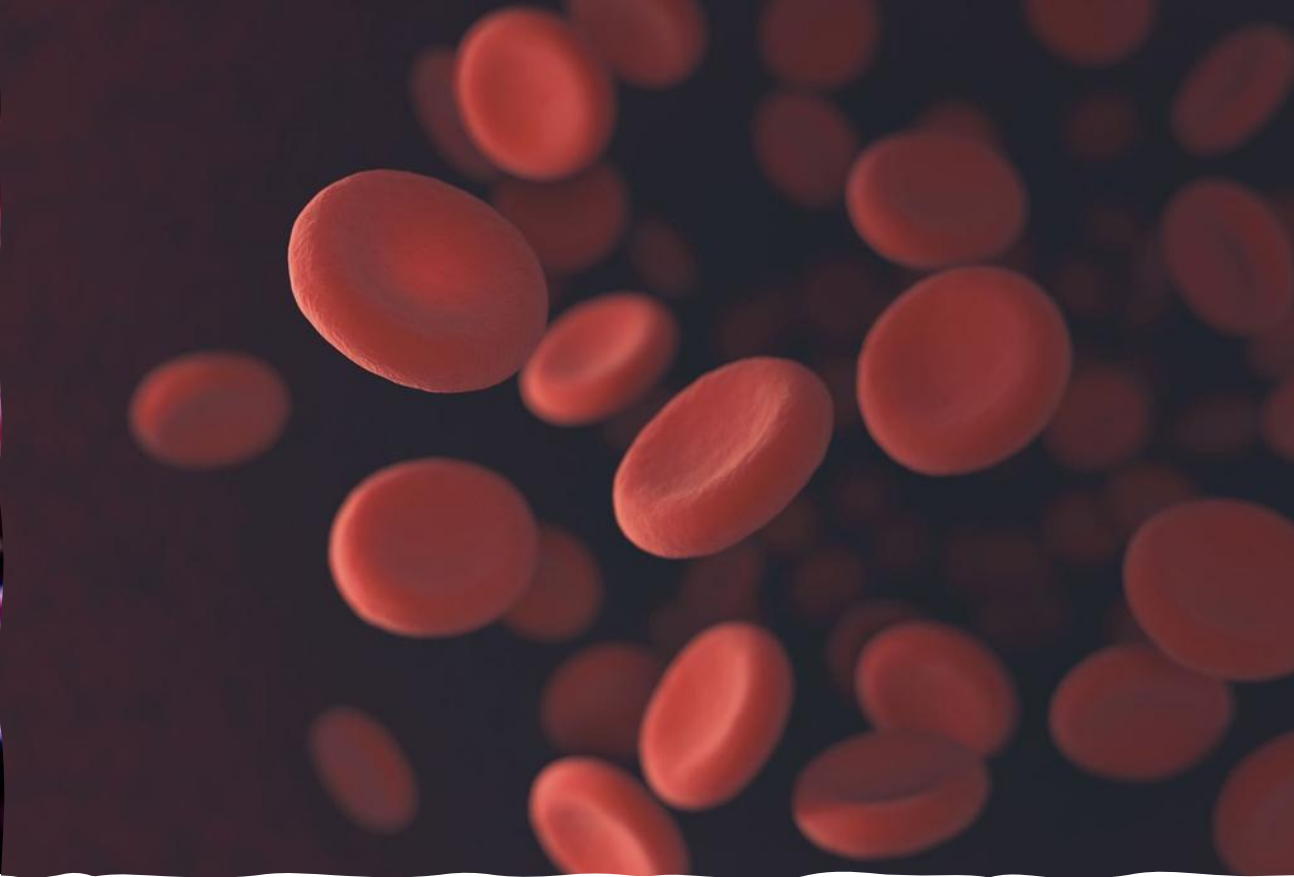
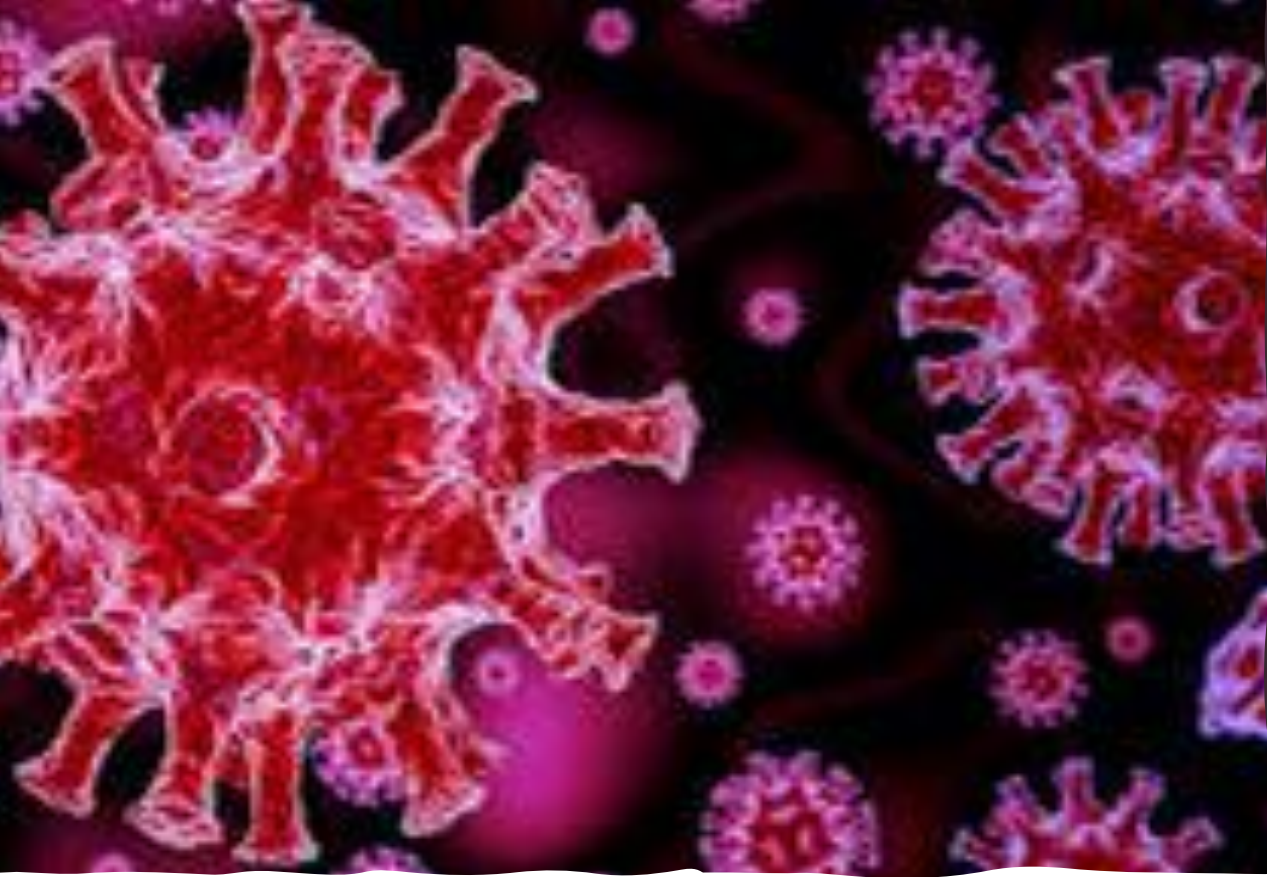
	Todos %(N=74)	Pacientes con MIS-C	Pacientes sin MIS-C	p
FIEBRE (96%)				<0,001
DOLOR ABDOMINAL (89%)				0,016
DIARREA (67%)				0,143
VÓMITOS (71%)				0,043
HIPOTENSIÓN (91%)				<0,001
ALT CUTANEAS (69%)				0,352
>4 AÑOS (>90%)				0,002
< 15% DIFICULTAD RESPIRATORIA				0,096
				<0,001
				<0,001
				0,002
				0,113
				0,760
				0,281
				0,435

DIAGNÓSTICO A SU INGRESO

LOS PACIENTES CON MIS-C
PRESENTARON MÁS
FRECUENTEMENTE SHOCK Y
DISFUNCIÓN CARDIACA
AGUDA Y MENOS
FRECUENTEMENTE SDRA

Diagnóstico clínico en las primeras 24 hrs de ingreso





Datos Analíticos

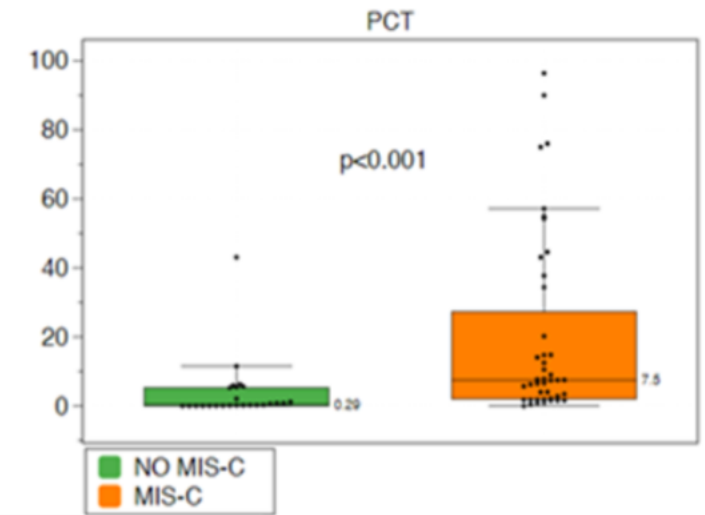
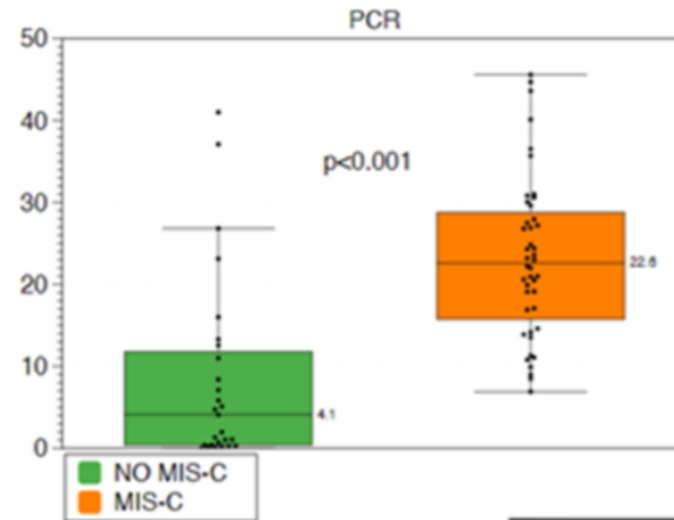
HEMOGRAMA

- **Leucocitos:** Sin diferencias significativas entre los grupos.
- **Neutrofilia** significativa en el grupo SIM-C. ($p=0.04$)
- **Linfopenia** más acusada en el grupo SIM-C. ($p=0.001$)
- **Plaquetopenia** más marcada en el grupo SIM-C. ($p=0.06$)



BIOQUÍMICA

Elevación marcada de
**reactantes de fase
aguda en SIM-C,**
presentando
significación estadística



ProBNP y Troponina T (ambos
marcadores de daño miocárdico)
significativamente mayores en el
grupo SIM-C.
DISFUNCIÓN ECOGRÁFICA en
más del 55% del grupo SIM-C.

Medidas de Soporte

	Total de pacientes (n=74)	Pacientes con MIS-C (n=45)	Pacientes sin MIS-C (n=29)	p
Oxigenoterapia	56/71 (78,9%)	36/43 (83,7%)	20/28 (71,4%)	0,215
OAF	26/71 (35,6%)	14/43 (32,6%)	12/28 (42,9%)	0,379
NIV	9/69 (13%)	2/41 (4,9%)	7/28 (25%)	0,015
MV	18/72 (25%)	6/44 (13,6%)	12/28 (42,9%)	0,005
Bloqueo neuromuscular	12/71 (16,9%)	3/43 (7%)	9/28 (32,1%)	0,006
Ventilación en prono	9/71 (12,7%)	1/43 (2,3%)	8/28 (28,6%)	0,001
ECMO V-V	1/71 (1,4%)	0/43 (0%)	1/28 (3,6%)	0,212
ECMO V-A	1/71 (1,4%)	1/43 (2,3%)	0/28 (0%)	0,416
NOi	3/71 (4,2%)	0/43 (0%)	3/28 (10,7%)	0,028
TDEC	0/71 (0%)	0/43 (0%)	9/28 (32,1%)	-
Transfusión de hemoderivados	14/71 (19,7%)	5/43 (19,4%)	9/28 (32,1%)	0,034
Drogas vasoactivas	37/71 (52,1%)	30/43 (69,8%)	7/28 (25%)	<0,001

Pacientes con MIS-C precisaron menos soporte respiratorio y transfusión de hemoderivados y mayor necesidad de vasoactivos

Tratamiento Farmacológico

	Total de pacientes (n=74)	Pacientes con MIS-C (n=45)	Pacientes sin MIS-C (n=29)	p
Antibiotico	65/69 (94,2%)	42/42 (100%)	23/27 (85,2%)	0,010
Lopinavir-ritonavir	30/67 (44,8%)	18/41 (43,9%)	12/26 (46,2%)	0.857
Remdesivir	5/66 (7,6%)	0/41 (0%)	5/25 (20%)	0.003
Hidroxiclороquina	43/69 (62,3%)	25/42 (59,5%)	18/27 (66,7%)	0.550
Corticoides	49/67 (73,1%)	36/42 (85,7%)	13/25 (52%)	0.003
Inmunoglobulinas	25/67 (37,3%)	23/42 (51,1%)	2/25 (8%)	<0.001
Tocilizumab	17/65 (26,2%)	11/45 (26,8%)	6/24 (25%)	0.871

Los pacientes del grupo SIM-C recibieron más antibióticos, corticoides e inmunoglobulinas. Los no SIM-C más Remdesivir.

NUESTRA EXPERIENCIA

Hospital General Universitario Alicante (Dr. Balmis)

n= 11

febrero 21 -septiembre 22

Edad 8,03 años

Varones 72,7%

Comorbilidad 18,2% (NFI y LLA-B)

45,5% HGUA; 27,3 % de H.Elda;

18,2% H.Vega Baja

Consultaban en UPED

Días de ingreso: 9 (4-17)

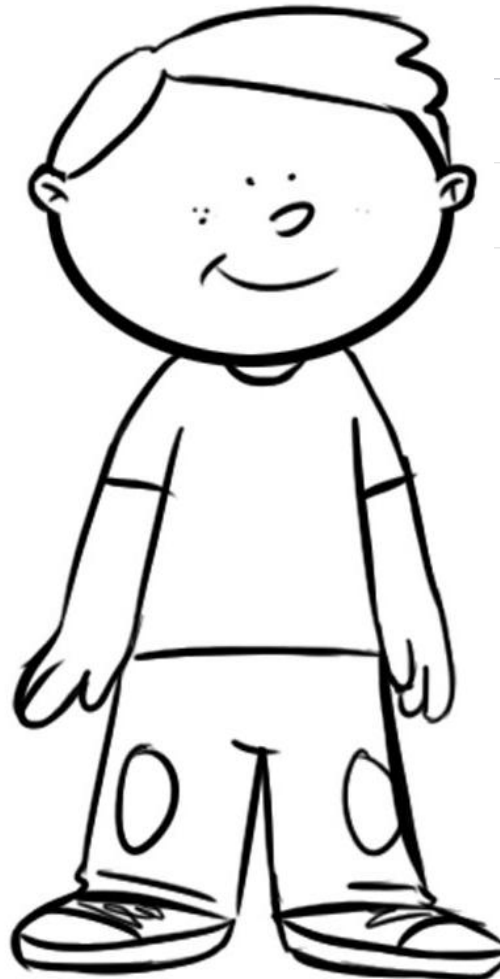
GI 72,7%

Mucocutánea 45,5%

Hipotensión/shock 36,9%

Neurológica 9,1%

Respiratoria 0%



febrero de 2021

lun	mar
1 feb	2

marzo de 2021

lun	mar
1 mar	2
8	9
15	16

agosto de 2021

lun	mar	mié
31	1 feb	2

febrero de 2022

lun	mar	mié
7	8	9
14	15	16

Pruebas SARS-CoV-2 +
PCR/Ag previa 81,8%;
solo 10 % al ingreso
IgM 36,6%/IgG 100%

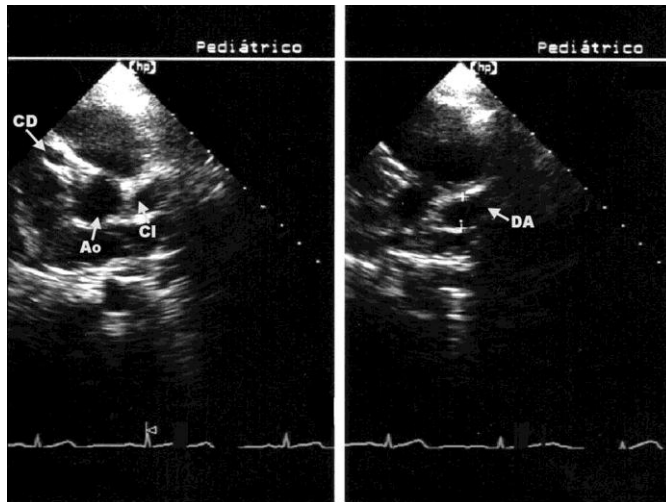
Latencia media de 1 mes

NUESTRA EXPERIENCIA

Hospital General Universitario Alicante (Dr. Balmis)



IGIV + corticoides 100%
Pauta estándar 81,8%
Megadosis 36,4%
Antibióticos 100%
AAS 72,7%
HBPM 27,3%



Disfunción sistólica 36,4%
Derrame pericárdico 27,3%
Ectasia coronaria 18,2%

UCIP

27,3% (3/11)
Motivo: afectación
miocárdica
e inestabilidad
hemodinámica

Conclusiones

- La infección por SARS-CoV2 en niños se comporta de forma distinta que en adultos en cuanto a la evolución, mortalidad y cuadro semiológico.
- Clínicamente en niños se distinguen dos grupos bien diferenciados: **Infección aguda con clínica respiratoria** y **respuesta inmunológica multisistémica diferida**.
- El **SIM-PedS** es el cuadro clínico predominante en relación con el SARS-CoV2 que ocasiona mayor número de ingresos pediátricos en UCI.
- Debido a la creciente incidencia invernal del virus hay que tener presente esta entidad, para sospechar, diagnosticar y tratar adecuadamente.
- La evolución del SIM-PedS es favorable y con baja mortalidad, con un manejo correcto.
- Aunque nuestra muestra es pequeña se correlaciona de forma clara con las conclusiones que extraen los registros nacionales.

GRACIAS POR SU ATENCIÓN

AGRADECIMIENTOS ESPECIALES

TUTORA DE SESIÓN:

DRA. LAURA MEDINA

COLABORACIÓN PEDIATRÍA:

DR. PEDRO ALCALÁ Y DRA. M^a
CARMEN VICENT

CONTACTO

FERNANDO ALCÁZAR LUNA

feralcazarluna@gmail.com

ÀNGELA VIDAL BATALLER

anvibat@gmail.com

Bibliografía

- García-Salido A, 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. 2021 Feb;94(2):116.e1-116.e11.
- Moraleda C, et al; EPICO-AEP Working Group. Multi-inflammatory Syndrome in Children Related to Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) in Spain. Clin Infect Dis. 2021 May 4;72(9):e397-e401.
- Pino R, Leoz I. IV Encuentro Digital SEPHO. Síndrome Inflamatorio Multisistémico asociado a SARS-CoV2. Youtube. Disponible en: <https://youtu.be/Pc6gHlukhwE>
- Pino R. SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO PEDIÁTRICO ASOCIADO A SARS-COV-2: DESCRIPTIVO EPIDEMIOLÓGICO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DOS AÑOS DE PANDEMIA DE LA COHORTE ESPAÑOLA. Comunicación oral. VII Reunión SEPIH.
- González Rodríguez P, et al. COVID-19 en pediatría: valoración crítica de la evidencia. An Pediatría [Internet]. 2021;95(3):207.e1-207.e13. Disponible en: <https://www.analesdepediatría.org/es-covid-19-pediatría-valoración-crítica-evidencia-artículo-S1695403321002071>
- González Cortés R, García-Salido A, Roca Pascual D, Slöcker Barrio M, de Carlos Vicente JC, SECIP Study Group on SARS-CoV-2 in Critically Ill Pediatric Patients. A multicenter national survey of children with SARS-CoV-2 infection admitted to Spanish Pediatric Intensive Care Units. Intensive Care Med. 2020.
- Cabrero-Hernández M, García-Salido A, Leoz-Gordillo I, Alonso-Cadenas JA, Gochi-Valdovinos A, González Brabin A, et al. Severe SARS-CoV-2 infection in children with suspected acute abdomen: a case series from a tertiary hospital in Spain. Pediatr Infect Dis J. 2020.