

# COVID-19 EL REGRESO PRESENCIAL A LA ESCUELA DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Orientaciones para los equipos de salud

Marzo 2021



Sociedad Argentina  
de Pediatría



Ministerio de Salud  
Argentina

# INDICE

INTRODUCCIÓN .....	2
CONSIDERACIONES EN ENFERMEDADES CARDIOLÓGICAS CRÓNICAS.....	5
CONSIDERACIONES EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS .....	6
CONSIDERACIONES EN ENFERMEDADES RENALES CRÓNICAS .....	8
CONSIDERACIONES EN ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS .....	9
CONSIDERACIONES EN INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA.....	11
CONSIDERACIONES EN DIABETES TIPO 1 Y OBESIDAD.....	11
CONSIDERACIONES EN ENFERMEDADES HEPÁTICAS CRÓNICAS.....	11
CONSIDERACIONES EN ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES CRÓNICAS.....	12
CONSIDERACIONES EN ENFERMEDADES ONCOHEMATOLÓGICAS .....	15
CONSIDERACIONES EN ERRORES INNATOS DE LA INMUNIDAD.....	16
BIBLIOGRAFIA. ....	18

# EL REGRESO PRESENCIAL A LA ESCUELA DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

## Orientaciones para los equipos de salud

MARZO 2021

### INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud de la Nación (MSAL), en un trabajo conjunto con Comités, Subcomisiones y Grupos de Trabajo de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), ha elaborado esta herramienta técnica para orientar a los equipos de salud en la toma de decisiones frente a niños, niñas y adolescentes (NNyA) con procesos crónicos de salud; esta tarea se realiza en el contexto de la pandemia COVID-19, y en la etapa de regreso presencial a las aulas, bajo los lineamientos acordados por las autoridades de Educación.

El Consejo Federal de Educación, en su Resolución CFE N° 387/2021 del 12 de febrero de 2021, indica (artículo 6) que las y los estudiantes que formen parte de alguno de los grupos de riesgo serán eximidos de asistir en forma presencial al establecimiento educativo. En este sentido es importante brindar herramientas que faciliten la toma de decisiones de los equipos de salud, para establecer con la mejor evidencia disponible quiénes son aquellos estudiantes con enfermedades de base que pueden regresar a la escuela de manera presencial, y aquellos que poseen contraindicaciones absolutas o relativas para hacerlo.

La indicación del modo de escolaridad para cada estudiante estará basada en la gravedad y en la repercusión funcional que la enfermedad de base ocasiona, como así también en la vulnerabilidad que, en base a la evidencia disponible, representa el SARS-Cov2 para la población pediátrica con dicha enfermedad. Asimismo, la toma de decisión debe contemplar en todos los casos que el NNyA y su familia cuenten con la información suficiente para formar parte de la decisión, expresando sus opiniones y preferencias.

Por otra parte, es importante que el equipo de salud brinde a la comunidad escolar la información pertinente para cada caso, que contribuya a garantizar el derecho a la educación de los niños, niñas y adolescentes con enfermedades crónicas o con discapacidad, y que evalúe la necesidad de acompañamiento por profesionales de Salud Mental en algunas situaciones.

Es importante destacar que, en el proceso de la vuelta a clase, los NNyA deben continuar con los controles, tratamientos y rehabilitaciones correspondientes, para lograr la estabilidad y el control de su enfermedad de base. Los equipos de salud tienen un papel central en la prescripción de los tratamientos, en el acompañamiento de las familias, en la asistencia por parte de auxiliares de salud, y en los apoyos a la integración. Son prioritarios la puesta al día y el cumplimiento del calendario nacional de inmunizaciones, con especial énfasis en la vacuna antigripal y otras, indicadas según factores de riesgo.

A los fines de facilitar la interpretación de este material por parte de los pediatras y otros actores del equipo de salud, las consideraciones se organizaron por grupos de enfermedades crónicas y de funciones afectadas. En aquellos casos de NNYA con condiciones complejas, es decir asociación de más de una enfermedad crónica, o donde la contraindicación se considera relativa y no sea fácil precisar el riesgo, se recomienda que los equipos de especialistas tratantes se involucren en la decisión de presencialidad.

Estas consideraciones quedan sujetas a revisiones periódicas, en base a la evidencia científica que se vaya incorporando.

## MARCO GENERAL

La educación es un derecho esencial, por lo que consideramos que las orientaciones a los equipos de salud para definir la presencialidad de niños con condiciones crónicas de salud deben enmarcarse en algunos principios fundamentales, tales como el interés superior del niño como principio rector (Art. 3, Convención de los Derechos del Niño), el derecho de los niños a una educación adecuada (Art. 14, Constitución Nacional; Arts. 28/29 - Convención de los Derechos del Niño; Art. 26 Declaración Universal de los Derechos Humanos), y el derecho de los niños a ser escuchados y a que sus opiniones sean tenidas en cuenta (Art. 12, Convención de los Derechos del Niño).

El proceso educativo no solamente es importante por el acceso a los contenidos formales, sino que la socialización y el desarrollo del pensamiento crítico son especialmente relevantes para el logro de una vida saludable en el niño. Desde esa óptica, toda estrategia diseñada para garantizar el regreso paulatino a la presencialidad en las escuelas debe tener una mirada local, que considere la salud integral de la persona y la salud comunitaria, según cada situación epidemiológica, aplicando el principio de proporcionalidad (riesgo/beneficio).

En aquellos casos en los cuáles la presencialidad estuviera contraindicada, es prioritario asegurar la educación a distancia, como así también contar con todos los agentes y dispositivos necesarios para que este derecho no se vea vulnerado.

### **Acerca de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad**

Las medidas adoptadas para el cuidado y acompañamiento de NNYA con discapacidad deben también regirse por los principios de Dignidad, Igualdad e Interés Superior del Niño.

La definición de discapacidad no es en sí misma una contraindicación para asistir a la escuela. Por lo cual, en la toma de decisión de vuelta a la presencialidad, se recomienda - que aquellos NNYA con discapacidad que tengan dependencia de tecnologías o inestabilidad de sus funciones vitales, epilepsia, otras enfermedades crónicas - se proceda de la misma manera que en todos los NNYA con enfermedades crónicas.

La consulta de los NNYA con discapacidad en el contexto de la vuelta presencial es una buena oportunidad para recuperar sus controles de salud, actualizar el carnet de

vacunas, actualizar las evaluaciones funcionales y planes terapéuticos requeridos, gestiones de certificación y acceso a la rehabilitación.

Es una tarea importante para los equipos de salud planificar las adaptaciones requeridas por cada NNyA con discapacidad para que, de no existir contraindicación puedan asistir a clase, garantizando las respuestas inclusivas necesarias, incluyendo sus traslados, apoyos, higiene especial de los recursos asistidos que puedan requerir en el ámbito escolar. En el caso de aquellos y aquellas NNyA con discapacidad en los que sea contraindicada la presencialidad, deberán extremarse los apoyos para evitar privaciones o barreras de acceso a la educación.

Sugerimos compartir con las familias, los equipos de salud y educación los recursos de comunicación adaptada disponibles en la página de la Agencia Nacional de Discapacidad<sup>1</sup> y en las páginas de organizaciones de padres y pacientes.

## **MEDIDAS GENERALES PARA LA PREVENCIÓN**

En relación con las medidas de prevención e higiene, la página de la Agencia Nacional de discapacidad contiene información en pictogramas para apoyar el proceso de comunicación con niños y adolescentes con dificultades para la comunicación verbal y la comprensión. Así mismo la página cuenta con un video explicativo con traducción a la lengua de señas y con información en word para ser leída por lectores de texto utilizados por personas ciegas o con baja visión.

---

1 Agencia Nacional de Discapacidad <https://www.argentina.gob.ar/andis/coronavirus-covid-19-0>

## CONSIDERACIONES EN ENFERMEDADES CARDIOLÓGICAS CRÓNICAS

Respecto de los niños y niñas con enfermedades cardiológicas crónicas se señalan las siguientes consideraciones:

### SIN CONTRAINDICACIONES PARA LA PRESENCIALIDAD

- Cardiopatías congénitas que no requieran cirugía como algunas CIA y CIV.
- Cardiopatías congénitas corregidas sin lesiones residuales significativas y sin medicación cardiológica.
- Cardiopatías adquiridas en remisión (reumáticas, miocarditis, enfermedad de Kawasaki)
- Arritmias cardíacas controladas.
- Estenosis valvular leve. Prolapso de válvula mitral. Aorta bicúspide.
- Hipertensión arterial controlada.

### CON CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS

- Insuficiencia cardíaca severa y en lista de trasplante cardíaco
- Hipertensión Pulmonar / Eisenmenger

### CON CONTRAINDICACIONES RELATIVAS

- Cardiopatías congénitas con insuficiencia cardíaca secundaria a cardiopatías no corregidas o a lesión/es residual/es significativa/s (a definir por especialista en cardiología pediátrica).
- Circulación de ventrículo único (etapa Glenn / etapa Fontan).
- Casos especiales que, por la característica de la cardiopatía, o de las enfermedades asociadas, requieran una evaluación particular por el en Cardiología pediátrica.

## CONSIDERACIONES EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS

### Consideraciones generales para NNyA con enfermedades respiratorias crónicas:

- La mayoría de los NNyA con enfermedades respiratorias crónicas pueden concurrir a clases y no presentan mayor riesgo en caso de infección por SARS CoV2. Sin embargo, hay situaciones particulares en las cuales no se recomienda la presencialidad.
- Es fundamental cumplir con el calendario nacional de vacunación, y en especial en este grupo la vacuna antigripal.
- Los convivientes sanos pueden concurrir al trabajo y a la escuela respetando los protocolos vigentes.
- No hay evidencia de que el uso de una mascarilla agrave cualquier afección pulmonar subyacente.

### SIN CONTRAINDICACIONES PARA LA PRESENCIALIDAD

- Asma: la mayoría de los NNyA con asma pueden concurrir a la escuela, esto incluye a los que reciben medicación en aerosol, montelukast y biológicos.
- Fibrosis quística: los datos internacionales disponibles no demostraron mayores complicaciones con la infección por SARS- Cov2. Por lo tanto, pueden concurrir a la escuela todos los que no tienen contraindicaciones absolutas.
- Displasia Broncopulmonar u otras enfermedades pulmonares crónicas de niños pequeños: pueden concurrir a la escuela excepto que presenten alguna contraindicación absoluta.
- Tuberculosis con infección latente o con enfermedad activa que ya no contagian, y que presentan buen estado general.
- Los niños con CPAP por apnea obstructiva del sueño pueden asistir a la escuela, si son por lo demás sanos.

### CON CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS

*En base al compromiso funcional:*

Cualquier enfermedad respiratoria crónica en la que el NNyA requiera:

- ✓ Oxigenoterapia diurna, nocturna o intermitente.
- ✓ Traqueotomía y/o enfermedades graves de la vía aérea (malasia o estenosis) con o sin apoyo ventilatorio.
- ✓ Ventilación mecánica invasiva o no invasiva, durante todo el día o parte del mismo.
- ✓ Tratamiento con inmunosupresores.

Cualquier enfermedad respiratoria crónica en la que el NNyA presente el siguiente compromiso pulmonar:

- ✓ Función pulmonar menor de 50% (cualquiera de los siguientes: VEF1  $\leq$  50% del teórico, CVF  $\leq$  50% del teórico, DLCO  $\leq$  60%)

- ✓ Concurrencia frecuente al servicio de urgencias (1 vez cada 1- 2 meses) o internaciones por interurrencias respiratorias (2 veces o más en el último año).
- ✓ Se encuentre en espera o haya recibido de trasplante de pulmón.

*En base a diagnósticos de enfermedad:*

NNyA con asma que presentan las siguientes situaciones:

- ✓ Consultas al servicio de urgencias frecuentemente (2 -3 veces por mes) y/u hospitalizaciones por asma (2 o más veces en el último año).
- ✓ Ingreso a UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) por asma en los últimos 12 meses
- ✓ Asma mal controlada, que por su gravedad o inestabilidad requiere agregar al tratamiento de base, corticoides orales diarios o a días alternos por tiempo prolongado (3 o más semanas)

NNyA con fibrosis quística que presentan:

- ✓ VEF1 menor de 50 % (su médico de cabecera autorizará o no la presencialidad).
- ✓ Una disminución reciente y significativa en su función pulmonar.
- ✓ Hospitalizaciones frecuentes por exacerbaciones respiratorias (más de 2 en el último año).
- ✓ Trasplantados o en lista de espera de trasplante.

NNyA con displasia broncopulmonar (u otras enfermedades pulmonares crónicas de los primeros años) que presentan:

- ✓ Hospitalizaciones frecuentes (2 ó más veces en el último año)
- ✓ Mala evolución de infecciones virales y/o que requieren visitas frecuentes a salas de emergencia por esos desencadenantes (1 ó 2 veces por mes en el último año).

Enfermedades neuromusculares que presentan:

- ✓ Ventilación no invasiva o invasiva que requieran apoyo ventilatorio nocturno y durante el día.
- ✓ Función pulmonar menor del 50 %, a excepción que su médico de cabecera lo autorice.
- ✓ Intercurrencias respiratorias frecuentes que requieran consultas a emergencia (1- 2 por mes) u hospitalizaciones frecuentes (2 o más en el último año).

Tuberculosis activa, contagiante (bacilíferos) y/o que presentan compromiso del estado general



## CONSIDERACIONES EN ENFERMEDADES RENALES CRÓNICAS

Debido a la escasa evidencia científica publicada respecto de los NNyA con enfermedades renales crónicas, se sugieren las siguientes consideraciones especiales realizadas por la Asociación Española de Nefrología Pediátrica.

### SIN CONTRAINDICACIONES PARA LA PRESENCIALIDAD

Se aconseja la presencialidad cumpliendo con los protocolos vigentes y adicionalmente la utilización de barbijo N95.

- NNyA con insuficiencia renal crónica sin requerimiento de diálisis ni tratamientos inmunosupresores
- Enfermedades renales con tratamiento inmunosupresor de mantenimiento en situación estable: trasplante renal estabilizado, glomerulopatías, lupus y otras vasculitis, síndrome nefrótico.

### CON CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS

- NNyA con Trasplante renal recibido en los últimos 3 meses.
- Hasta 6 semanas después de recibir altas dosis de medicación inmunosupresora:
  - ✓ Corticoides a partir de 20 mg/día.
  - ✓ Rituximab, ciclofosfamida IV u otros inmunosupresores a altas dosis.
- NNyA en espera de trasplante renal:
  - ✓ Trasplante renal de donante vivo programado: se recomienda el aislamiento durante los 14 días previos al trasplante (donante y receptor).
  - ✓ Trasplante renal de donante fallecido: seguir las recomendaciones hechas para su patología de base, excepto que el equipo médico considere una situación especial.

## CONSIDERACIONES EN ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

### SIN CONTRAINDICACION PARA LA PRESENCIALIDAD

- Pacientes con enfermedad reumática en remisión y sin tratamiento.
- Pacientes con enfermedad reumática, ya sea AIJ con o sin uveítis, enfermedad auto-inflamatoria o enfermedad autoinmune o sistémica, que se encuentre en monoterapia con metotrexato o tratamiento biológico, hidroxicloroquina o colchicina.

### CON CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS

- Pacientes que hayan recibido ciclofosfamida IV o rituximab como tratamiento de inducción en los últimos 6 meses.
- Pacientes con posibilidades de entrar a diálisis en los próximos 6 meses.
- Pacientes que hayan presentado debut o brote de enfermedades autoinmunes como LES, dermatomiositis juvenil, esclerosis sistémica, vasculitis, o enfermedades auto-inflamatorias como la artritis idiopática juvenil de inicio sistémico, o síndrome de activación macrofágica, que estén en tratamiento con corticoides en dosis superiores a 1 mg/kg/día.
- Pacientes con enfermedades auto-inflamatorias que asocian componente de inmunodeficiencia que no se encuentren en remisión y precisen, además de su tratamiento habitual, tratamiento con corticoides.
- Pacientes complejos que precisen en su tratamiento de base (inmunosupresores y biológicos) doble o triple terapia y no se encuentren estables y en remisión.

### CON CONTRAINDICACIONES RELATIVAS

- Pacientes que hayan recibido ciclofosfamida IV como tratamiento de inducción en los últimos 6-12 meses y no hayan normalizado completamente las cifras de leucocitos (neutrófilos/linfocitos) objetivado en un hemograma realizado en los 6 meses posteriores a la última dosis de ciclofosfamida.
- Pacientes que hayan recibido rituximab IV como tratamiento de inducción en los 6-12 meses previos y que no hayan normalizado las cifras de linfocitos CD-19 objetivado en una citometría de flujo realizada en los 6 meses posteriores a la última dosis de rituximab.
- Pacientes que hayan presentado debut o brote de enfermedades autoinmunes como LES, dermatomiositis juvenil, esclerosis sistémica, vasculitis, o enfermedades auto-inflamatorias como la artritis idiopática juvenil de inicio sistémico, o síndrome de activación macrofágica que estén en tratamiento con corticoides en dosis de 0.5 a 1 mg/kg/día.
- Pacientes con enfermedades auto-inflamatorias que asocian componente de inmunodeficiencia que se encuentren en remisión (con o sin tratamiento), sin precisar corticoides.
- Pacientes con artritis idiopática juvenil y/o uveítis que, por motivo de un brote de la enfermedad, precisen corticoides en las dosis referidas anteriormente además de tratamiento inmunosupresor +/- tratamiento biológico.

- Pacientes complejos que precisen en su tratamiento de base (inmunosupresores y biológicos) doble o triple terapia, a pesar de encontrarse estables y en remisión.
- Pacientes en tratamiento con fármacos inhibidores de la actividad de linfocitos T, como ciclosporina o tacrolimus; fármacos que interactúan con el ciclo de división celular, como azatioprina o micofenolato; fármacos que actúan sobre las vías de control intracelular de la inflamación, como los inhibidores de JAK.

### **Consideraciones para los NNyA con contraindicaciones relativas:**

- Valorar un cambio en la terapéutica si es posible según la situación clínica.
- Tener en cuenta otros factores de riesgo, tales como haber presentado infecciones graves o frecuentes, o padecer enfermedad pulmonar, cardíaca o renal.
- Utilizar el barbijo junto con una máscara facial

## CONSIDERACIONES EN INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

### SIN CONTRAINDICACION PARA LA PRESENCIALIDAD

NNyA con VIH/SIDA con número de CD4 acordes a la edad o porcentajes mayores al 15 % en controles del último año, evaluando también la condición de sus padres.

## CONSIDERACIONES EN DIABETES TIPO 1 Y OBESIDAD

### SIN CONTRAINDICACIONES PARA LA PRESENCIALIDAD

- NNyA con diabetes tipo 1 con buen control metabólico y sin complicaciones severas.
- NNyA con obesidad leve o moderada y sin otras complicaciones.

### CON CONTRAINDICACIONES

- NNyA con diabetes tipo 1 con mal control de la enfermedad o que tengan complicaciones severas (nefropatía diabética, neuropatía periférica, compromiso cardiológico).
- NNyA con obesidad severa o mórbida
- NNyA con obesidad con complicaciones respiratorias o metabólicas (diabetes 2)

## CONSIDERACIONES EN ENFERMEDADES HEPÁTICAS CRÓNICAS

En la mayoría de las enfermedades hepáticas crónicas pediátricas, no existe evidencia de un riesgo aumentado de infección por el SARS-CoV-2 respecto a otras infecciones.

Cabe destacar que la inactividad y el sedentarismo tienen un impacto negativo sobre entidades como la esteatosis hepática no alcohólica (hígado graso).

Considerando a los NNyA cuya patología se encuentre en remisión y/o, compensados y que habitualmente, fuera de pandemia, se encuentran en condiciones de retornar a la escuela, se puntualizan los siguientes aspectos:

### SIN CONTRAINDICACION PARA LA PRESENCIALIDAD

NNyA con hepatitis autoinmune y tratamiento inmunosupresor en situación clínica estable.

### CONTRAINDICACIONES RELATIVAS

- NNyA con reactivación de la enfermedad o requerimiento de algún cambio en su tratamiento.
- Pacientes con cirrosis hepática (independientemente de la etiología) o trasplantados hepáticos, por el riesgo no solo de COVID-19 sino de otras infecciones, tal como se hace habitualmente.
- Para otras patologías infrecuentes o potencialmente graves, se tendría que individualizar cada caso con el equipo médico tratante.

## CONSIDERACIONES EN ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES CRÓNICAS

En la mayoría de las enfermedades gastrointestinales crónicas pediátricas, no existe evidencia de un riesgo aumentado de infección por el SARS-CoV-2.

### SIN CONTRAINDICACION PARA LA PRESENCIALIDAD

- Enfermedad celíaca
- Migraña abdominal
- Acalasia
- Malformaciones ano-rectales
- Estreñimiento
- Síndrome de vómito cíclico
- Esofagitis
- Gastroenteritis eosinofílica
- Problemas de crecimiento o desnutrición leves o moderados
- Dolor abdominal funcional
- Gastroparesia
- Enfermedad por reflujo gastro-esofágico
- Enfermedad de Hirschsprung sin colostomía
- Pseudoobstrucción intestinal sin ileostomía
- Síndrome de intestino irritable
- Síndrome de intestino corto sin ileostomía.

### CON CONTRAINDICACIONES RELATIVAS

- Desnutrición grave
- Ileostomía o colostomía
- Nutrición parenteral total (si bien esta última situación en sí misma no representa un riesgo para contraer COVID se debe tener en cuenta que, si un paciente con vía central tiene fiebre, debe acudir a la sala de urgencias para que se determine la causa de la fiebre, lo cual puede incluir la realización de una prueba de COVID-19 y análisis de sangre).

**OTRAS CONSIDERACIONES:****Enfermedad inflamatoria intestinal (EII)**

Actualmente no hay estudios que demuestren que los pacientes pediátricos con EII corran un riesgo significativamente mayor en relación al SARS-CoV2 como tampoco se han observado datos que sugieran que la infección con SARS-CoV2 puede provocar una recaída de cualquiera de estas afecciones.

La respuesta que se intenta dar a esta población de pacientes, con los datos disponibles, es determinar si los medicamentos utilizados en el manejo de la EII aumentan tanto el riesgo de contraer el virus SARS-CoV2 como también las complicaciones del virus en personas infectadas.

Los NNyA con EII deben continuar con el régimen de medicamentos, incluidas las infusiones e inyecciones. La presencia de una inflamación intestinal activa plantea un mayor riesgo de infección. La suspensión de medicamentos supone el riesgo de una recaída.

El siguiente cuadro es una propuesta del equipo de expertos en el tema, que forman parte del Servicio de Gastroenterología del Children's Health Medical Center de Dallas, Estados Unidos, en donde se clasifican los medicamentos más comúnmente utilizados en estos casos, en relación al riesgo relacionado:

Medicamento	Riesgo de complicaciones por SARSCoV2
Metilprednisolona (administración IV)	Alto
Prednisona	Moderado
Tacrolimus	Moderado
Sirolimus	Moderado
Azatioprina/6- mercaptopurina (6-MP)	Moderado
Tofacitinib	Moderado
Budesonida	Bajo
Metotrexato	Bajo
Infliximab	Bajo
Adalimumab	Bajo
Certolizumab	Bajo
Vedolizumab	Bajo
Ustekinumab	Bajo
Sulfasalazina	Bajo
Medicamentos de 5- ASA/mesalamina	Bajo
Régimen alimentario NEE (nutrición enteral exclusiva), SCD (dieta de carbohidratosespecíficos), CDED (dieta de exclusión para la enfermedad de Crohn)	Bajo

A continuación, se expresa la opinión consensuada de expertos, que podrá ser ampliada a medida que se aumente la experiencia en el manejo de COVID-19.

**SIN CONTRAINDICACIONES PARA LA PRESENCIALIDAD:**

NNyA que reciben medicamentos clasificados de bajo riesgo

**CON CONTRAINDICACIONES PARA LA PRESENCIALIDAD:**

- NNyA en tratamiento con esteroides u otras medicaciones en dosis inmunosupresora (riesgo alto o moderado) o que se encuentren en tratamiento de inducción.
- NNyA que reciben medicamentos clasificados como de riesgo moderado o grave.

## CONSIDERACIONES EN ENFERMEDADES ONCOHEMATOLÓGICAS

Los NNyA con cáncer y aquellos que recibieron un trasplante de médula ósea tienen un mayor riesgo de padecer una enfermedad severa que puede comprometer tanto su sobrevida global (SG) como su sobrevida libre de eventos (SLE).

Según los datos del Registro Oncológico Infantil de Argentina (ROHA) desde el comienzo de pandemia hasta enero 2021, se detectaron 324 casos de Covid-19 en NNyA menores de 19 años, dentro de la población de pacientes oncohematológicos. El 40% presentó fiebre como único síntoma. Del total, 13 pacientes (4%) tuvieron requerimiento de UTIP y se informaron 10 casos fallecidos por causas ajenas a la infección (progresión de enfermedad o complicaciones secundarias a las mismas). Estos resultados coinciden con otros registros (Sociedad Internacional de Oncología Pediátrica - SIOP).

Es necesario adaptar las recomendaciones según el tipo de enfermedad oncohematológica, la etapa de tratamiento y otras consideraciones particulares valorando tanto las comorbilidades como las diferentes realidades del niño/a, su familia y las instituciones educativas.

La decisión final será tomada por el médico de cabecera junto con la familia, acompañados muy de cerca por el equipo médico en esta experiencia de recuperar sus hábitos educativos y la presencialidad.

### SIN CONTRAINDICACION PARA LA PRESENCIALIDAD

NNyA fuera del tratamiento quimioterápico (3 meses después de la finalización del mismo) y sin comorbilidades.

### CON CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS

- Pacientes oncohematológicos que se encuentran en etapa de tratamiento quimioterápico intensivo o debut de:
  - LLA, LMA, LNH, LH, tumores sólidos
  - Pacientes con trasplante de médula ósea
  - Pacientes en tratamiento radioterápico.
  - Pacientes con o sin enfermedad oncológica, bajo tratamiento con anticuerpos monoclonales (Anti-CD 20 u otros inmunosupresores).
- NNyA en etapa de mantenimiento que realizan los esquemas de quimioterapia de Leucemia / Linfomas que presentan citopenias, comorbilidades y/o una situación sociofamiliar compleja en este contexto.

### CON CONTRAINDICACIONES RELATIVAS

NNyA oncohematológicos en tratamiento de mantenimiento, exceptuando las mencionadas en el párrafo anterior.



## CONSIDERACIONES EN ERRORES INNATOS DE LA INMUNIDAD

Las Inmunodeficiencias Primarias (IDP), actualmente denominadas errores innatos de la inmunidad, son un grupo heterogéneo de enfermedades causadas por la alteración de distintos mecanismos implicados en la respuesta inmune. Para abordarlas y caracterizarlas existe una clasificación de la Unión Internacional de Sociedades de Inmunología (IUIS 2019), que las agrupa de acuerdo con los componentes del sistema inmune involucrados. Esto genera una variabilidad en el impacto de la enfermedad dependiendo del grupo de compromiso inmune implicado.

En general los NNyA con IDP tienen un riesgo similar a la población general de contraer infección por SARS-CoV-2 y manifestar la enfermedad. De acuerdo con la experiencia clínica, existe un grupo que presenta un compromiso celular severo, disregulación y/o inflamación que se caracteriza por presentar un mal manejo de la infección. Las comorbilidades representan un factor preponderante en la evolución en estos pacientes.

Las recomendaciones generales se basan en la opinión de expertos y en la bibliografía disponible hasta el momento. Sin embargo, existen consideraciones que deben ser adaptadas a cada situación en particular por el especialista en Inmunología tratante.

Consideraciones generales:

- En base a la evidencia científica disponible es recomendable que los pacientes con IDP continúen con los tratamientos que se encuentran recibiendo de acuerdo con las indicaciones recibidas por su inmunólogo tratante.
- La administración de inmunoglobulinas no debe suspenderse, se puede considerar modificar la forma de administración a infusión subcutánea en forma domiciliaria, para evitar la exposición que puede generar el traslado y permanencia en el hospital, siempre y cuando este acordado con su inmunólogo de cabecera.
- Se recomienda la aplicación anual de vacuna antigripal al paciente y convivientes.

## SIN CONTRAINDICACION PARA LA PRESENCIALIDAD

Inmunodeficiencias predominantes de anticuerpos (Grupo IIIb IUIS 2019):

- Deficiencia selectiva de IgA
- Hipogamaglobulinemia transitoria de la infancia
- Deficiencia de subclases de IgG con déficit de IGA
- Aislada deficiencia de subclases de IGG
- Deficiencias específicas de anticuerpos con normales niveles de IgG y linfocitos B
- Deficiencia selectiva de IgM

## CON CONTRAINDICACIONES RELATIVAS

*Se recomienda consultar previamente con el inmunólogo de seguimiento para valorar riesgos asociados a posibles tratamientos inmunomoduladores/ inmunosupresores y la presencia de comorbilidades.*

- Inmunodeficiencias que afectan la inmunidad celular y humoral: (grupo Ib IUIS 2019).
- Inmunodeficiencias Combinadas que asocian hallazgos sindrómicos (Grupo IIa y IIb IUIS 2019).
- Inmunodeficiencias predominantes de anticuerpos (Grupo IIIa y IIIb IUIS 2019), excepto las nombradas en el grupo de bajo riesgo.
- Disregulación Inmune – Síndromes con Autoinmunidad y otros (grupo IVb IUIS 2019). 5- Defectos congénitos del Fagocito en número función o ambos (grupo V a y Vb IUIS 2019).
- Desordenes Autoinflamatorios (grupo VII a y b IUIS 2019) 7- Deficiencias de complemento (grupo VIII IUIS 2019)
- Fallos Medulares (grupo IX IUIS 2019)

## CON CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS

- Inmunodeficiencias que afectan la inmunidad celular y humoral: Inmunodeficiencias combinadas severas (grupo Ia IUIS 2019).
- Enfermedades de Disregulación Inmune: Linfohistiocitosis hemofagocítica (HLH) y Susceptibilidad a EBV (grupo IVa IUIS 2019).
- Defectos Intrínsecos en la Inmunidad Innata (grupo VI a y VIb IUIS 2019).
- Trasplante de células madre hematopoyéticas en pacientes con IDP que presenten:
  - Menos de 1 año del trasplante
  - En tratamiento con inmunosupresores
  - En tratamiento de reemplazo con inmunoglobulina
  - Con compromiso pulmonar moderado/severo
  - Con enfermedad injerto versus huésped crónica

## BIBLIOGRAFÍA

1. Guía rápida: Vuelta segura a las aulas. Plena inclusión. Septiembre de 2020. Descargado el 01/01/2021: [https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/guia\\_rapida\\_vuelta\\_segura\\_a\\_las\\_aulas\\_de\\_plena\\_inclusion\\_0.pdf](https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/guia_rapida_vuelta_segura_a_las_aulas_de_plena_inclusion_0.pdf)
2. COVID-19 Niños, niñas y adolescentes con Discapacidad en el contexto de la Pandemia. Ministerio de Salud. Argentina. Descargado el 01/02/2021: <https://www.unicef.org/argentina/media/7776/file>
3. Johansen Tone B., Astrup E., Jore S., Nilssen H. Infection prevention guidelines and considerations for paediatric risk groups when reopening primary schools during COVID-19 pandemic, Norway, April 2020. *Euro Surveill.* 2020;25(22):pii=2000921.
4. Sala de Situación COVID-2019. Nuevo Coronavirus 2019. (información disponible al 09/01/2021. SE completa). Descargado el 01/02/2021: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/sala\\_pediatria\\_9\\_1\\_21.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/sala_pediatria_9_1_21.pdf)
5. Tsabouri S., Makis A., Kosmeri C., Siomou E. Risk Factors for Severity in Children with Coronavirus Disease 2019 A Comprehensive Literature Review. *PediatrClin N Am* 68 (2021) 321–338.
6. Lu X., Zhang L., Du H., et al. SARS-CoV-2 Infection in Children. *N Engl J Med* 2020; 382(17):1663– 5.
7. Parri N., Lenge M. Children with Covid-19 in Pediatric Emergency Departments in Italy. *N Engl J Med* 2020;383(2):187.
8. Zheng F., Liao C., Fan QH., et al. Clinical Characteristics of Children with Coronavirus Disease 2019 in Hubei, China. *Curr Med Sci* 2020;40(2):275–80.
9. 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.
10. Shekerdemian LS., Mahmood NR., Wolfe KK., et al. Characteristics and Outcomes of Children With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Infection Admitted to US and Canadian Pediatric Intensive Care Units. *JAMA Pediatr* 2020.
11. Tagarro A., Epalza C., Santos M., et al. Screening and severity of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Children in Madrid, Spain. *JAMA Pediatr* 2020.
12. Oualha M., Bendavid M., Berteloot L, et al. Severe and fatal forms of COVID-19 in children. *Arch Pediatr* 2020;27(5):235–8.
13. Varghese L., Zachariah P., Vargas .C, et al. Epidemiology and clinical features of human coronaviruses in the pediatric population. *J Pediatric Infect Dis Soc* 2018;7(2):151–8.
14. Memish ZA., Al-Tawfiq JA., Assiri A., et al. Middle East respiratory syndrome coronavirus disease in children. *Pediatr Infect Dis J* 2014;33(9):904–6.
15. Thabet F., Chehab M., Bafaqih H., et al. Middle East respiratory syndrome coronavirus in children. *Saudi Med J* 2015;36(4):484–6.

16. Kim L., Whitaker M., O'Halloran A., et al. Hospitalization Rates and Characteristics of Children Aged
17. < 18 years Hospitalized with Laboratory-Confirmed COVID-19 — COVID-NET, 14 States, March 1– July 25, 2020. US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention. MMWR / August 14, 2020 / Vol. 69 / No. 32.
18. Moeller A., Thanikkel L., Duijts L., et al. COVID-19 in children with underlying chronic respiratory diseases: survey results from 174 centres. ERJ Open Res 2020. Descargado el 01/02/2021: COVID-19 in **children** with underlying chronic respiratory diseases: survey results from 174 centres | European Respiratory Society (ersjournals.com)
19. Chao JY., Derespina KR., Herold BC., et al. Clinical characteristics and outcomes of hospitalized and critically ill children and adolescents with coronavirus disease 2019 (COVID- 19) at a tertiary care medical center in New York City. J Pediatr 2020; 223: 14–19.
20. Olivia V Swann,<sup>1,2</sup> Karl A Holden,<sup>3,4</sup> Lance Turtle,<sup>5,6</sup> Louisa Pollock,<sup>7</sup> Cameron J Fairfield,<sup>8</sup>. Clinical characteristics of children and young people admitted to hospital with covid-19 in United Kingdom: prospective multicentre observational cohort study. : BMJ 2020;370: m3249. Descargado el 01/02/2021 <https://www.bmj.com/content/370/bmj.m3249>
21. J. Thorpe, S. Ashby, A. Hallab et al., Evaluating risk to people with epilepsy during the COVID-19 pandemic: Preliminary findings from the COV-E study, Epilepsy & Behavior. Descargado el 01/02/2021 [https://www.epilepsybehavior.com/article/S1525-5050\(20\)30838-6/fulltext](https://www.epilepsybehavior.com/article/S1525-5050(20)30838-6/fulltext)
22. Kuroda N. Epilepsy and COVID-19: associations and important considerations. Epilepsy Behav 2020;108:107122.
23. Nollace L., Cravero C., Abbou A., Mazda-Walter B., et al. Autism and COVID-19: A Case Series in a Neurodevelopmental Unit. J. Clin. Med. 2020. Descargado el 01/02/2021 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7564973/>
24. Turk M., Landes S., Formica M., et al. Intellectual and developmental disability and COVID-19 case- fatality trends: TriNetX analysis. Descargado el 01/02/2021 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC724565>
25. Bibhuti B Das .COVID-19 and Pulmonary Hypertension in Children: What Do We Know So Far? Department of Pediatric, Division of Pediatric Cardiology, Baylor College of Medicine, Texas Children's Hospital Austin Specialty Care, Austin, USA. Descargado el 01/02/2021 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33352654/>
26. De Dios A., Peirone A. Manejo del Paciente Pediátrico Ante Sospecha de Infección por el Nuevo Coronavirus SARS-COV-2. Sociedad Argentina de Cardiología. Descargado el 01/02/2021 <https://www.sac.org.ar/consejos-cientificos/recomendaciones-coronavirus-pediatria/>
27. Consideraciones de la Subcomisión de Epidemiología y del Comité Nacional de Infectología. Documento conjunto de posicionamiento para la vuelta a las escuelas Sociedad Argentina de Pediatría. Descargado el 01/02/2021

[https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files\\_documento-conjunto-escuelas-covid\\_1602694567.pdf](https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_documento-conjunto-escuelas-covid_1602694567.pdf)

28. Returning to school or day care for the child with respiratory disease. Recommendations from experts from the Montreal Children's Hospital in accordance with the Québec Ministry of Health, on the return to school or day care by medical condition (August 2020).
29. Tania Samanta , Connie L. Yang , Dhenuka Radhakrishnan , M. & Francine M. Ducharme et al (2020) Considerations regarding school return for children and adolescents with asthma: A Canadian Thoracic Society position statement, Canadian Journal of Respiratory, Critical Care, and Sleep Medicine, 4:4, 229-231.
30. Boechat, J.L.; Wandalsen, G.F.; Kuschnir, F.C.; Delgado, L. COVID-19 and Pediatric Asthma: Clinical and Management Challenges. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 1093.
31. Elissa M Abrams, Gráinne McGill, Sunil S Bhopal, Ian Sinha, Ricardo M Fernandes COVID-19, asthma, and return to school, *The Lancet Respiratory* Published Online August 6, 2020 [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30353-2](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30353-2) Stokes EK, Zambrano LD, Anderson KN, et al. Coronavirus Disease 2019 Case Surveillance - United States, January 22-May 30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020 Jun 19;69(24):759-765. doi: 10.15585/mmwr.mm6924e2.
32. Antunez-Montes OY, Escamilla MI, Figueroa-Uribe AF, et al. COVID-19 and multisystem inflammatory syndrome in Latin American children: a multinational study. *Pediatr Infect Dis J.*(2020) 18:1–10. doi: 10.1097/INF.0000000000002949
33. Boule A, Davies MA, Hussey H, et al. Risk factors for COVID-19 death in a population cohort study from the western cape province, South Africa. *Clin Infect Dis.* (2020) 29:ciaa1198. doi: 10.1093/cid/ciaa1198
34. Gray DM, Davies M-A, Githinji L, et al. (2021) COVID-19 and Pediatric Lung Disease: A South African Tertiary Center Experience. *Front. Pediatr.* 8:614076
35. Raiden S, Cairolì H, Potasnik J, et al. Children hospitalized for COVID-19 during the first winter of the pandemic in Buenos Aires, Argentina. *medRxiv* 2020.11.05.20225300; doi: <https://doi.org/10.1101/2020.11.05.20225300>
36. Daniel Natera@de Benito1 · Sergio Aguilera@Albesa2 · Laura Costa@Comellas3 · Mar García@Romero4 et al Neuromuscular Working Group of Spanish Pediatric Neurology Society: COVID-19 in children with neuromuscular disorders: *Journal of Neurology* <https://doi.org/10.1007/s00415-020-10339-y>
37. Recomendaciones de la Sociedad Española de Neumonología Pediátrica :Recomendaciones vuelta al cole COVID-19; Sept 2020
38. Boechat, J.L.; Wandalsen, G.F.; Kuschnir, F.C.; Delgado, L. COVID-19 and Pediatric Asthma: Clinical and Management Challenges. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 1093. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031093>
39. Moeller A, Thanikkel L, Duijts L, et al. COVID-19 in children with underlying chronic respiratory diseases: survey results from 174 centres. *ERJ Open Res* 2020; 6: 00409-2020 [<https://doi.org/10.1183/23120541.00409-2020>].

40. Dr Elissa M Abrams MD FRCPC, Dr Ian Sinha, MBBS FRCPCH PhD, Dr Ricardo M Fernandes, MD, PhD. : Pediatric Asthma and COVID-19: the Known, the Unknown and the Controversial. ORCIDiD: 0000-0003-3433-1986
41. Stephanie Lovinsky-Desir, MD, MS, aDeepti R. Deshpande, MBBS, MPH, bAliva De, MD et al. Asthma among hospitalized patients with COVID-19 and related outcomes. *J ALLERGY CLIN IMMUNOL* NOVEMBER 2020.
42. Boulad F, Kamboj M, Bouvier N, Mauguen A, Kung AL. COVID-19 in Children With Cancer in New York City. *JAMA Oncol.* 2020 May 13:e202028. doi: 10.1001/jamaoncol.2020.2028. PMID: 32401276; PMCID: PMC7221844.
43. de Rojas T, Pérez-Martínez A, Cela E, Baragaño M, Galán V, Mata C, Peretó A, Madero L. COVID-19 infection in children and adolescents with cancer in Madrid. *Pediatr Blood Cancer.* 2020 Jul;67(7):e28397. doi: 10.1002/pbc.28397. PMID: 32383819; PMCID: PMC7235530.
44. Lee B, Raszka WV Jr. COVID-19 Transmission and Children: The Child Is Not to Blame. *Pediatrics.* 2020 Aug;146(2):e2020004879.
45. <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/institucional/roha>
46. Wolfs TFW, Attarbaschi A, Balduzzi A, Bernardo ME, Bomken S, Borkhardt A, Bourquin JP, Dufour C, Gennery A, Grainger J, Hasle H, Hrusak O, Izraeli S, Mechinaud F, Trka J, Vormoor
47. J. COVID-19 - Impact on Childhood Haematology Patients. *Hemasphere.* 2020 Sep 11;4(5):e465. doi: 10.1097/HS9.0000000000000465. PMID: 32984769; PMCID: PMC7489725.
48. Delavari S, Abolhassani H, Abolnezhadian F, Babaha F, Iranparast S, Ahanchian H, Moazzen N, Nabavi M, Arshi S, Fallahpour M, Bemanian MH, Shokri S, Momen T, Sadeghi-Shabestari M, Molatefi R, Shirkani A, Vosughimotlagh A, Safarirad M, Sharifzadeh M, Pashangzadeh S, Salami F, Shirmast P, Rezaei A, Moeini Shad T, Mohraz M, Rezaei N, Hammarström L, Yazdani R, Aghamohamamdi A. Impact of SARS-CoV-2 Pandemic on Patients with Primary Immunodeficiency. *J Clin Immunol.* 2021 Feb;41(2):345-355.
49. Marcus N, Frizinsky S, Hagin D, Ovadia A, Hanna S, Farkash M, Maoz-Segal R, Agmon- Levin N, Broides A, Nahum A, Rosenberg E, Kuperman AA, Dinur-Schejter Y, Berkun Y, Toker O, Goldberg S, Confino-Cohen R, Scheuerman O, Badarneh B, Epstein-Rigbi N, Etzioni A, Dalal I, Somech R. Minor Clinical Impact of COVID-19 Pandemic on Patients With Primary Immunodeficiency in Israel. *Front Immunol.* 2021 Jan 14;11:614086.
50. Preguntas y respuestas sobre las escuelas y la COVID-19. <https://www.who.int/es/news-room/q-aschools-and-covid-19>
51. Protocolo y recomendaciones para el regreso presencial a las aulas. Ministerio de Educación Argentina junio 2020. <http://fediap.com.ar/wp-content/uploads/2020/06/Protocolos-y-Recomendaciones-para-el-Regreso-Presencial-a-las-Aulas-Trabajo-del-Consejer-Asesor-del-MEN.pdf>

52. Recomendaciones de las distintas especialidades pediátricas de la Asociación Española de Pediatría acerca de la reincorporación a la escuela de los niños con enfermedades crónicas. Recomendación de la Sociedad Española de Inmunología Clínica, Alergología y Asma Pediátrica. Medidas para la incorporación del niño con inmunodeficiencia a la escuela, paginas 26-29. Octubre 2020. [https://www.aeped.es/sites/default/files/doc.\\_recomendaciones\\_vuelta\\_al\\_colegio\\_paciente\\_cronico\\_aep\\_vf-03112020.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/doc._recomendaciones_vuelta_al_colegio_paciente_cronico_aep_vf-03112020.pdf)



Este documento ha sido elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación y la valiosa contribución de integrantes de la Comisión Directiva, Comités Nacionales, subcomisiones y grupos de trabajo de la Sociedad Argentina de Pediatría

### **Por el Ministerio de Salud de la Nación:**

Dirección Nacional de Abordajes por Cursos de Vida: Programa PROSANE de la Dirección de Salud Perinatal y Niñez y la Dirección de Adolescencia y Juventudes.  
Dirección Nacional de Calidad de Servicios de Salud y Regulación Sanitaria.

### **Por la Sociedad Argentina de Pediatría:**

**Presidente:** Dr. Omar Leonardo Tabacco  
**Vicepresidente 1º:** Dr. Rodolfo Pablo Moreno  
**Vicepresidente 2º:** Dra. María Eugenia Cobas  
**Coordinación General:** Dra. Elizabeth Patricia Bogdanowicz

### **Comités Nacionales, Subcomisiones y Grupos de Trabajo de la Sociedad Argentina de Pediatría que participaron en la confección del documento:**

#### **Subcomisión de Derechos Del Niño - Comité de Pediatría Social**

Secretarios: Dr. Jorge Cabana y Dr. Claudio Pedra

#### **Comité Nacional de Cardiología**

Secretaria: Dra. Sofia Grinenco

#### **Comité Nacional de Hematología-Oncología y Medicina Transfusional**

Secretaria: Dra. María Alejandra Cédola

#### **Comité Nacional de Hepatología**

Secretaria: Dra. Mirta Elba Ciocca

#### **Comité Nacional de Neumonología**

Secretaria: Dra. Silvina Cipriani

#### **Comité Nacional de Nefrología**

Secretaria: Dra. Flavia Betina Ramírez

#### **Comité Nacional de Gastroenterología**

Secretario: Dr. Gonzalo Javier Ortiz

#### **Comité Nacional de Nutrición**

Secretaria: Dra. Maribe Araujo

#### **Comité Nacional de Infectología**

Secretaria: Dra. Gabriela Nidia Ensinck

#### **Comité Nacional de Medicina del Deporte Infanto-juvenil**

Secretaria: Dra. Patricia Leonor Jauregui Leyes

#### **Grupo de Trabajo de Genética y Enfermedades Poco Frecuentes**

Secretaria: Dra. Marina Szlago

#### **Grupo de Trabajo de Discapacidad**

Secretaria: Dra. María Jimena Fraga

#### **Grupo de Trabajo de Inmunología Pediátrica**

Secretaria: Dra. Mariana Villa

#### **Grupo de Trabajo de Reumatología**

Secretaria: Dra. María Beatriz Marcantoni



[argentina.gob.ar/salud](https://argentina.gob.ar/salud)