

# Vigilancia activa de la infección por SARS-CoV-2 en menores de 15 años con indicación de ingreso hospitalario durante la pandemia de COVID-19

Active surveillance of the SARS-CoV-2 infection in children of under 15 years of age admitted to hospital during the COVID-19 pandemic

Vigilância ativa da infecção por SARS-CoV-2 em crianças menores de 15 anos admitidas em hospitais durante a pandemia COVID-19

Gabriela Amaya<sup>1</sup>, Anabella Santoro<sup>2</sup>, Karina Fernández<sup>3</sup>, Rita Dewaele<sup>3</sup>

## Resumen

**Introducción:** la autoridad sanitaria ha utilizado numerosas estrategias para la detección precoz de casos y control de la transmisión de SARS-CoV-2, entre ellas la vigilancia activa de infección en ingresos hospitalarios.

**Objetivo:** describir la vigilancia activa de infección por SARS-CoV-2 en menores de 15 años con indicación de ingreso hospitalario durante la pandemia de COVID-19 en un prestador integral de salud privado del interior del país.

**Metodología:** estudio observacional, descriptivo, prospectivo, de menores de 15 años con indicación de ingreso hospitalario del 1/4/2020 al 30/4/2021 en CRAMI-IAMPP. Vigilancia activa según pautas del MSP: PCR para SARS-CoV-2 previo al ingreso hospitalario, asociado a interrogatorio de antecedentes de contacto con caso positivo de COVID-19 y síntomas sugestivos de infección. Datos: causa de ingreso (médica o quirúrgica), tipo (coordinado, urgencia o traslado interhospitalario), vigilancia de síntomas. Se calculó incidencia de infección por SARS-CoV-2, frecuencias y porcentajes.

**Resultados:** se indicó ingreso a cuidados moderados a 231 menores de 15 años. 129 varones (56%), promedio de edad 6,5 años. Causa de ingreso: quirúrgica 60% (coordinada 53%); 89 (40%) por patología médica (20% infecciosa, 19% neurológica, 15% respiratoria, etcétera). Ninguno ingresó por sospecha o confirmación de COVID-19. PCR positiva en un niño coordinado para procedimiento que se suspendió. Incidencia de infección por SARS-CoV-2: 0,4/100 ingresos hospitalarios. No hubo casos de infección intrahospitalaria.

**Conclusiones:** la vigilancia activa de la infección por SARS-CoV-2 en menores de 15 años con criterio de ingreso hospitalario fue adecuada. La incidencia de infección fue muy baja y no se constató transmisión intrahospitalaria

**Palabras clave:** Monitoreo epidemiológico

SARS-CoV-2

Niño

COVID-19

1. Prof. Adj. Pediatría. Facultad de Medicina. UDELAR. Pediatra Supervisora. CRAMI-IAMPP.

2. Prof. Agda. Pediatría. Facultad de Medicina. UDELAR. Coordinadora Pediatría. CRAMI-IAMPP.

3. Pediatra. Servicio Internación domiciliaria. CRAMI-IAMPP.

CRAMI-IAMPP

Trabajo inédito.

Declaramos no tener conflictos de interés.

## Summary

**Introduction:** various strategies have been carried out by Health Authorities regarding the early detection and control of the transmission of SARS-CoV-2, including active infection surveillance in hospital admissions.

**Objectives:** to describe the active surveillance of the SARS-CoV-2 infection in children of <15 years of age admitted to hospital during the COVID-19 pandemic at a private health provider, in the interior of the country.

**Methodology:** observational, descriptive, prospective study of children of <15 years of age admitted to hospital from 4/1/2020 to 4/30/2021 at CRAMI IAMPP Hospital. Active surveillance according to the guidelines of the Ministry of Public Health: PCR Test for SARS-CoV-2 prior to hospital admission, plus an interview regarding contact history with a positive COVID-19 case and symptoms suggesting infection.

**Data:** cause of admission (medical or surgical), type (coordinated, emergency or interhospital transfer), monitoring of symptoms. Incidence of SARS-CoV-2 infection, frequencies and percentages were calculated.

**Results:** admission to moderate care was indicated for 231 children of <15 years. Males 129 (56%), average age 6.5 years. Cause of admission: surgical 60% (coordinated 53%); 89 (40%) due to medical pathology (20% infectious, 19% neurological, 15% respiratory, etc.). None were admitted due to suspicion or confirmation of COVID 19. Positive PCR was detected in a child coordinated for a procedure that was suspended. Incidence of SARS-CoV-2 infection: 0.4/100 hospital admissions. No cases of nosocomial infection.

**Conclusions:** active surveillance of SARS-CoV-2 infection in children of <15 years of age with hospital admission criteria was adequate. The incidence of infection was very low and no intrahospital transmission was confirmed.

**Key words:** Epidemiological monitoring  
SARS-CoV-2  
Child  
COVID-19

## Resumo

**Introdução:** as autoridades sanitárias do Uruguai têm implementado várias estratégias para a detecção precoce de casos e controle da transmissão do SARS-CoV-2, incluindo vigilância ativa de infecção em internações hospitalares.

**Objetivo:** descrever a vigilância ativa da infecção por SARS-CoV-2 em crianças menores de 15 anos com indicação de internação durante a pandemia de COVID-19 num prestador de saúde do interior do país.

**Metodologia;** estudo observacional, descritivo, prospectivo realizado a crianças menores de <15 anos com indicação de internação de 01/04/2020 a 30/04/2021 no Hospital CRAMI IAMPP. Vigilância ativa de acordo com as diretrizes do MSP: PCR para SARS-CoV-2 antes da admissão hospitalar, associada ao questionamento de histórico de contato com um caso positivo de COVID-19 e sintomas sugestivos de infecção.

**Dados:** causa de admissão (médica ou cirúrgica), tipo (coordenada, emergência ou transferência inter-hospitalar), monitorização dos sintomas. Incidência de infecção por SARS-CoV-2, frequência e porcentagens foram calculadas.

**Resultados:** a internação em cuidados moderados foi indicada para 231 crianças <15 anos. Meninos 129 (56%), idade média 6,5 anos. Causa de internação: cirúrgica 60% (coordenada 53%); 89 (40%) por patologia médica (20% infecciosa, 19% neurológica, 15% respiratória, etc.). Nenhuma delas foi admitida por suspeita ou confirmação de COVID 19. Houve um Test PCR positivo em criança coordenada para procedimento que foi suspenso. Incidência de infecção por SARS-CoV-2: 0,4/100 internações hospitalares. Nenhum caso de infecção hospitalar.

**Conclusões:** a vigilância ativa da infecção por SARS-CoV-2 em crianças <15 anos com critérios de internação hospitalar foi adequada. A incidência de infecção foi muito baixa e nenhuma transmissão intra-hospitalar foi confirmada.

**Palavras chave:** Monitoramento epidemiológico  
SARS-CoV-2  
Criança  
COVID-19

## Introducción

Desde el inicio de la pandemia por SARS-CoV-2 y hasta el momento, se ha observado a nivel mundial que los niños y adolescentes se han afectado en menor proporción en comparación con la edad adulta<sup>(1)</sup>.

Numerosas publicaciones señalan que los niños, en especial los menores de 10 años, se presentan más frecuentemente con formas pauci o asintomáticas o con enfermedad más leve que los adultos, siendo los casos graves excepcionales<sup>(2)</sup>.

No obstante, el aumento de casos en el país y la situación actual con alta circulación y transmisión comunitaria del virus han provocado un predecible aumento en la incidencia de contactos y casos pediátricos<sup>(3,4)</sup>.

De acuerdo a datos del Departamento de Vigilancia en Salud, División de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública (MSP) de Uruguay, desde el inicio de la pandemia el 13 de marzo de 2020 hasta el 27 de abril de 2021, el total de casos confirmados de COVID-19 en menores de 15 años es de 22.718. Requirieron internación 127 menores (0,6%), de los cuales 24 ingresaron por otra causa y el hisopado identificó SARS-CoV-2. Ingresaron a cuidados intensivos 10 pacientes, de los cuales uno falleció<sup>(5)</sup>.

La detección precoz de todos los casos compatibles con COVID-19 es uno de los puntos clave para controlar la transmisión de la enfermedad. Por ello los servicios de vigilancia de salud pública y el sistema sanitario asistencial deben adaptarse para asegurar la detección precoz de casos y el control de la transmisión por SARS-CoV-2<sup>(6,7)</sup>.

La vigilancia epidemiológica permite orientar la aplicación y ajuste de las medidas de control, al tiempo que posibilita la reanudación de las actividades económicas y sociales en condiciones de seguridad. Por otra parte, la vigilancia activa permite evaluar las consecuencias de la pandemia para los sistemas de atención de salud a través de la monitorización de las tendencias epidemiológicas a corto y mediano plazo de la evolución del virus SARS-CoV-2 y las tendencias de la mortalidad por COVID-19. También permite conocer la cocirculación del SARS-CoV-2 con otros virus respiratorios y otros microorganismos patógenos<sup>(8-11)</sup>.

Desde la declaración de emergencia sanitaria por COVID-19 son numerosas las estrategias y recomendaciones realizadas por la autoridad sanitaria para la detección precoz de casos y el control de la transmisión de la enfermedad, entre las que se encuentra la vigilancia activa de la infección en los ingresos hospitalarios<sup>(12)</sup>.

Cabe señalar que, dado el dinamismo de la situación epidemiológica, estas recomendaciones pueden

requerir modificaciones en un futuro<sup>(13,14)</sup>, por lo que es importante la comunicación periódica de los hallazgos a partir de investigaciones nacionales.

## Objetivo

Describir los resultados de la estrategia de vigilancia activa de infección por SARS-CoV-2 en los menores de 15 años con indicación de ingreso hospitalario durante la pandemia de COVID-19 en un prestador integral de salud privado del interior del país.

## Metodología

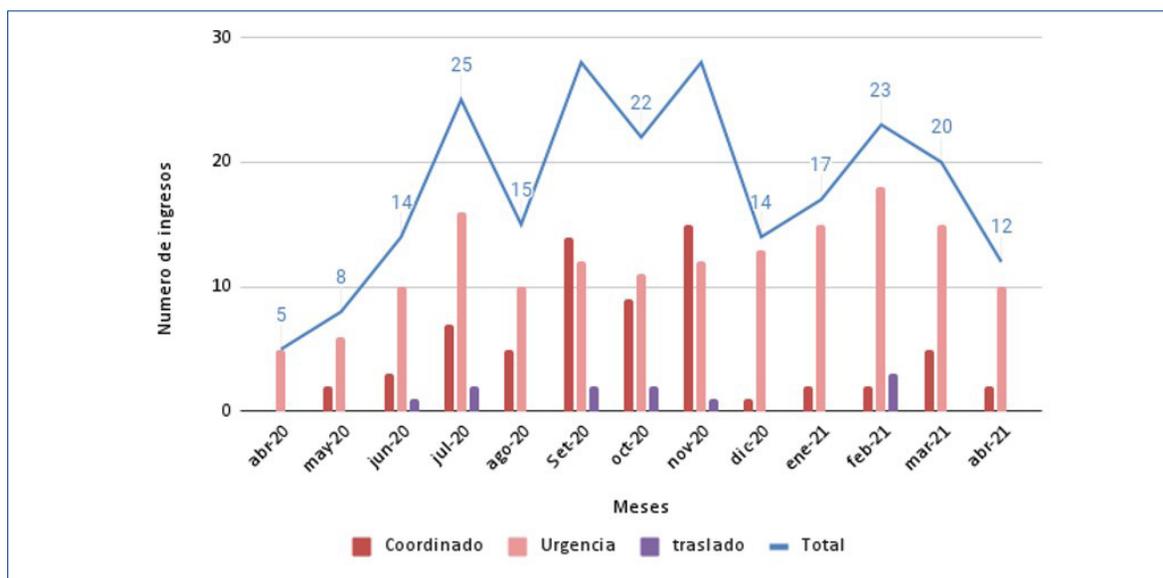
Estudio observacional, descriptivo, prospectivo, de los menores de 15 años con indicación de ingreso a cuidados moderados del 1/4/2020 al 30/4/2021 en CRAMI-IAMPP, un prestador integral de salud del Departamento de Canelones.

La estrategia de vigilancia activa de infección por SARS-CoV-2 en menores de 15 años con indicación de ingreso a sala de cuidados moderados de CRAMI-IAMPP se elaboró en conjunto entre el Comité de Infecciones y el Servicio de Pediatría en el mes de marzo de 2020. Se analizó toda la evidencia científica disponible a la fecha y las recomendaciones del MSP para la elaboración de los protocolos institucionales de actuación. Para implementar la estrategia se capacitó a todo el personal de salud en los protocolos establecidos, en un corto período de tiempo, a través de diferentes modalidades.

Se solicitó PCR para SARS-CoV-2 previo al ingreso hospitalario ya sea de coordinación o de urgencia a todos los menores de 15 años. Al momento de la indicación de la PCR se realizó un breve interrogatorio sobre noción de contacto con caso confirmado de COVID-19 y/o presencia de síntomas sugestivos.

Durante la internación se aplicaron los protocolos de prevención de infecciones intrahospitalarias ajustados para la infección por SARS-CoV-2 (lugares de aislamiento, señalización para circulación, identificación de pacientes en espera de resultados y pacientes positivos, equipos de protección personal adecuados a cada situación clínica, entre otros). Para la detección precoz de casos sospechosos durante la internación se aplicó una lista de verificación de síntomas en forma diaria, solicitando PCR ante la aparición o cambios en la sintomatología. En internaciones prolongadas se solicitó PCR cada 7 días, independientemente de la presencia o ausencia de síntomas.

Se registraron datos patronímicos: edad; sexo; causa de ingreso hospitalario (médica o quirúrgica); tipo de ingreso (coordinado, urgencia o traslado interhospitalario), para la vigilancia de síntomas se realizó una lista de verificación de síntomas de COVID-19:



**Figura 1.** Indicación mensual de ingreso a cuidados moderados, según tipo de ingreso (urgencia, coordinado, traslado). CRAMI IAMPP, 1/4/2020-30/4/2021.

fiebre, síntomas respiratorios, digestivos, cutáneos y generales. Para el registro y procesamiento de las variables se desarrolló una base de datos anonimizada con los registros del equipo de seguimiento y la historia clínica de los pacientes.

Se calculó la incidencia de infección por SARS-CoV-2 en la cohorte, frecuencias absolutas y porcentajes.

El estudio contó con autorización institucional.

## Resultados

En el período de estudio se indicó ingreso hospitalario a sala de cuidados moderados a 231 menores de 15 años, lo que constituye un descenso de 37% en comparación con igual período del año previo (369 ingresos). La distribución por sexo fue: 129 varones (56%) y 102 niñas (44%). El promedio de edad fue de 6,5 años con un rango entre 7 días y 14 años-10 meses.

El ingreso fue desde la urgencia pediátrica en 150 casos (65%), 70 coordinados (32%) y en el 5% (11 casos) se debió a un traslado interhospitalario, desde Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de otro prestador de salud. La distribución mensual de los ingresos a cuidados moderados según tipo de ingreso se muestra en la figura 1.

La causa de ingreso fue en 60% de los casos patología quirúrgica (131 niños) y en 40% patología médica (89 niños).

En la tabla 1 se muestran los ingresos por causas médicas según grandes grupos de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10 (CIE-10) y los resultados de la PCR para SARS-CoV-2.

**Tabla 1.** Causas médicas de ingreso hospitalario según CIE 10 y resultados de PCR para SARS CoV 2. CRAMI IAMPP, 1/4/20-30/4/21

Causas médicas según grandes grupos CIE-10	N=89 (%)	PCR para SARS CoV positiva
Respiratoria	13 (15)	0
Infeciosa	18 (20)	0
Neurológica	17 (19)	0
Gastroenterológica	7 (8)	0
Psiquiátrica/Social	9 (10)	0
Hematooncológica	6 (7)	0
Nefrológica	8 (9)	0
Otras causas médicas	11 (12)	0

De los 13 niños que ingresaron por patología respiratoria, los diagnósticos nosológicos fueron: bronquiolitis (cinco niños, no se identificó virus en ninguno de los casos), crisis asmática (tres niños), infección respiratoria aguda baja (dos), neumonía adquirida en la comunidad (uno), laringitis (uno) y tos convulsa (uno).

Todas las PCR para SARS-CoV-2 solicitadas a los menores de 15 años ingresados por causa médica fueron negativas.

Los ingresos por causa quirúrgica fueron coordi-

**Tabla 2.** Ingreso por causa quirúrgica según especialidad y tipo de ingreso. CRAMI IAMPP, 1/4/20 - 30/4/21

Especialidad	Total N (%)	Coordinado N (%)	Urgencia N (%)	PCR para SARS CoV 2 positiva
Cirugía general	67 (51)	35 (52)	32 (48)	0
Traumatología	24 (18)	8 (33)	16 (67)	0
Cirugía plástica	9 (7)	4 (44)	5 (56)	0
ORL	15 (11)	14 (93)	1 (7)	0
Neurocirugía	7 (5)	0	7 (100)	0
Oftalmología	3 (2)	3 (100)	0	0
Procedimientos diagnósticos	6 (5)	6 (100)	0	1

nados en 53% de los casos (70/131) y de urgencia en 47% (61/131). En la tabla 2 se muestran los ingresos quirúrgicos por especialidad y tipo de ingreso (coordinado o urgencia) y los resultados de la PCR para SARS-CoV-2.

De los pacientes con ingreso coordinado ninguno tenía antecedente de contacto reciente con caso positivo de COVID-19 ni síntomas sugestivos. Fue positiva la PCR para SARS-CoV-2 en un niño coordinado para un procedimiento cardiovascular que se suspendió previo al ingreso. No tenía antecedente de contacto ni síntomas sugestivos; el rastreo y estudio de sus contactos fue negativo.

En los 11 pacientes que fueron trasladados desde otro prestador de salud la PCR para SARS-CoV-2 fue negativa.

Durante la internación, la vigilancia diaria de síntomas sugestivos de infección no determinó la solicitud de nuevas PCR. A cuatro niños con internación prolongada se les realizó nuevas PCR siendo todas negativas. No hubo ningún caso de infección intrahospitalaria.

Durante este período de estudio se diagnosticaron 336 menores de 15 años con infección por SARS-CoV-2 en CRAMI-IAMPP, ningún caso requirió ingreso hospitalario.

De acuerdo a los resultados de la vigilancia activa de infección por SARS-CoV-2 en los menores de 15 años previo al ingreso a cuidados moderados, se detectó un caso positivo, por lo que la incidencia de infección por SARS-CoV-2 en la cohorte estudiada es de 0,4 casos por cada 100 ingresos hospitalarios.

## Discusión

Dentro de las medidas recomendadas por la autoridad sanitaria para la contención de la pandemia en nuestro país, se incluyó la adecuación de los servicios asis-

tenciales, priorizando la telemedicina, las consultas domiciliarias y la disminución de las intervenciones quirúrgicas de coordinación. Al igual que en otras publicaciones<sup>(15,16)</sup>, esto determinó un descenso marcado de las consultas en los servicios de urgencia pediátrica y de los ingresos hospitalarios. Como se observó en nuestro estudio, la mayor caída de los ingresos a cuidados moderados se vio en los meses de abril y mayo de 2020, y en los meses con mayores ingresos, setiembre y noviembre de 2020, el aumento se debió principalmente al componente de ingresos coordinados. Se destaca la notoria disminución de los ingresos por causas respiratorias, incluso en los meses de invierno, que son habitualmente la primera causa de internación en la población pediátrica<sup>(17)</sup>.

La finalidad de la vigilancia epidemiológica activa de la COVID-19 es precisamente buscar la reducción de la transmisión del SARS-CoV-2 y con ello limitar la morbilidad y la mortalidad asociadas. De esta manera, sus objetivos apuntan a la detección, aislamiento, diagnóstico y atención temprana de los casos, así como detectar y contener los brotes, en particular en los grupos de población vulnerables<sup>(7,8)</sup>.

La preparación del sistema de salud para la contingencia, con adecuación de la infraestructura y los recursos humanos y la elaboración de protocolos institucionales con la debida capacitación de todo el personal de salud, es una de las medidas destacadas por la autoridad sanitaria para la contención de la pandemia<sup>(18)</sup>. De acuerdo a las observaciones en la vigilancia activa de nuestra cohorte podemos considerar que la preparación para la pandemia a nivel institucional fue adecuada, con la elaboración, capacitación e implementación de los protocolos previo al aumento de casos comunitarios de COVID-19.

Tal como lo muestran investigaciones internacionales, los niños con infección por SARS-CoV-2 tie-

nen menos probabilidad de infección grave y de requerir ingreso a cuidados moderados o intensivos en comparación con la población adulta<sup>(2,10,19)</sup>. En nuestro caso, hasta finalizado este estudio, ningún niño con infección con SARS-CoV-2 diagnosticada en la institución requirió ingreso hospitalario, lo que puede explicarse por la menor gravedad de la infección así como por la adecuación de la asistencia domiciliar de estos pacientes.

La vigilancia activa previa al ingreso hospitalario permite además la detección incidental de casos asintomáticos de SARS-CoV-2 que requieren ingreso por otra causa. En la vigilancia en seis hospitales infantiles en los Estados Unidos durante julio y agosto de 2021, aproximadamente 20% de los niños con una prueba de SARS-CoV-2 positiva tuvieron detección incidental (infección asintomática o leve no relacionada con el motivo de la hospitalización)<sup>(20)</sup>.

En el caso de los niños que requieren ingreso para una cirugía coordinada, se sugiere que la decisión con respecto al testeo universal debe individualizarse de acuerdo con la prevalencia regional de COVID-19, la capacidad de prueba local y la disponibilidad de equipo de protección personal. En nuestro estudio un solo niño presentó una PCR positiva previa al ingreso coordinado, lo que determinó una incidencia de 0,4 casos cada 100 ingresos hospitalarios, similar a un estudio de cribado preoperatorio universal de SARS-CoV-2 en tres hospitales infantiles de atención terciaria, donde la incidencia global fue <1%<sup>(21)</sup>.

## Conclusiones

La vigilancia activa de la infección por SARS-CoV-2 en los pacientes con criterio de ingreso hospitalario fue adecuada y permitió identificar un caso positivo asintomático en el que se re coordinó el procedimiento. La incidencia de infección en la cohorte estudiada fue muy baja; no hubo ingresos de pacientes con infección por SARS-CoV-2 y no se constató transmisión intrahospitalaria de la infección.

## Referencias bibliográficas

1. Brodin P. Why is COVID-19 so mild in children? *Acta Paediatr* 2020; 109(6):1082-3.
2. Viner R, Mytton O, Bonell C, Melendez G, Ward J, Hudson L, et al. Susceptibility to SARS-CoV-2 infection among children and adolescents compared with adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr* 2021; 175(2):143-56.
3. Organización Panamericana de la Salud. Actualización epidemiológica: enfermedad por Coronavirus (COVID-19). 27 de septiembre de 2021. Washington, DC: OPS, 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54997>. [Consulta: 3 de noviembre de 2021].
4. Uruguay. Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Boletín N°46. Montevideo: MSP, 2021. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/boletin/boletin-nro-46-ministerio-salud-publica-3>. [Consulta: 3 de noviembre de 2021].
5. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Comunicado sobre casos COVID-19 en menores de 15 años - 3 de mayo 2021. Montevideo: MSP, 2021. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/comunicado-sobre-casos-covid-19-menores-15-anos-3-mayo-2021>. [Consulta: 10 de mayo de 2021].
6. Lauer S, Grantz K, Bi Q, Jones F, Zheng Q, Meredith H, et al. The incubation period of coronavirus disease 2019 (COVID-19) from publicly reported confirmed cases: estimation and application. *Ann Intern Med* 2020; 172(9):577-82.
7. He X, Lau E, Wu P, Deng X, Wang J, Hao X, et al. Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. *Nat Med* 2020; 26(5):672-5.
8. World Health Organization. Recommendations for national SARS-CoV-2 testing strategies and diagnostic capacities. Geneva: WHO, 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-lab-testing-2021.1-eng>. [Consulta: 3 de noviembre de 2021].
9. López P, Ballesté R, Seija V. Diagnóstico de laboratorio de COVID-19. *Rev Méd Urug* 2020; 36(4):393-400.
10. de Lusignan S, Dorward J, Correa A, Jones N, Akinyemi O, Amirthalingam G, et al. Risk factors for SARS-CoV-2 among patients in the Oxford Royal College of General Practitioners Research and Surveillance Centre primary care network: a cross-sectional study. *Lancet Infect Dis* 2020; 20(9):1034-42.
11. Hanson K, Caliendo A, Arias C, Hayden M, Englund J, Lee M, et al. The Infectious Diseases Society of America Guidelines on the Diagnosis of COVID-19: molecular diagnostic testing. *Clin Infect Dis* 2021:ciab048. doi: 10.1093/cid/ciab048.
12. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Ordenanzas y resoluciones relacionadas a COVID 19. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/comunicados/ordenanzas-resoluciones-relacionados-covid-19>. [Consulta: 3 de noviembre de 2021].
13. American Academy of Pediatrics. Critical Updates on COVID-19. Clinical Guidance. COVID-19 Testing Guidance. Itasca, IL: APA, 2021. Disponible en: <https://www.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/clinical-guidance/covid-19-testing-guidance>. [Consulta: 3 de noviembre de 2021].
14. Centers for Disease Control and Prevention. Overview of Testing for SARS-CoV-2, the virus that causes COVID-19. Atlanta GA: CDC, 2021. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/testing-overview.html>. [Consulta: 3 de noviembre de 2021].
15. Martínez G, Lozano C, Caballero F, Modesto V, Oltra M. COVID-19 impact on the emergency and hospitalization of a tertiary hospital: management lessons learned. *Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed)*. 2021 Mar 18:S0213-005X(21)00068-9. doi: 10.1016/j.eimc.2021.02.008. [Epub ahead of print].
16. Sánchez M, Carugati, M, Pinto S, Etcheverry G, Pírez C. Hospitalizaciones pediátricas por infecciones respiratorias agudas durante la pandemia por SARS-CoV-2. *Hospital Británico, Uruguay. Arch Pediatr Urug* 2021; 92(1):e203.
17. Machado K, Notejane M, Mello M, Pírez C, Giachetto G, Pérez W. Infecciones respiratorias agudas bajas en niños

- menores de 2 años. Hospitalizaciones durante el invierno del año 2014. *Anfamed* 2018; 5(1):82-103.
18. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. La respuesta de Uruguay en 2020 a la Pandemia de COVID -19. Montevideo: MSP, 2021. Disponible en: [https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Resumen%20-%20Sistematizaci%C3%B3n%20de%20la%20respuesta%20a%20COVID-19%20en%20Uruguay\\_WEB.pdf](https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Resumen%20-%20Sistematizaci%C3%B3n%20de%20la%20respuesta%20a%20COVID-19%20en%20Uruguay_WEB.pdf). [Consulta: 3 de noviembre de 2021].
  19. Lee P, Hu Y, Chen P, Huang Y, Hsueh P. Are children less susceptible to COVID-19? *J Microbiol Immunol Infect* 2020; 53(3):371-2.
  20. Wanga V, Gerdes M, Shi D, Choudhary R, Dulski T, Hsu S, et al. Characteristics and clinical outcomes of children and adolescents aged <18 years hospitalized with COVID-19 - six hospitals, United States, July-August 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021; 70(5152):1766-72.
  21. Lin E, Blumberg T, Adler A, Fazal F, Talwar D, Ellingsen K, et al. Incidence of COVID-19 in pediatric surgical patients among 3 US children's hospitals. *JAMA Surg* 2020; 155(8):775-7.

**Correspondencia:** Dra. Gabriela Amaya.

Correo electrónico: [gabyamaya22.10@gmail.com](mailto:gabyamaya22.10@gmail.com)

Todos los autores declaran haber colaborado en forma significativa  
Gabriela Amaya, ORCID 0000-0003-0434-126X.  
Anabella Santoro, ORCID 0000-0003-1761-0211.  
Karina Fernández, ORCID 0000-0002-7670-5926.  
Rita Dewaele, ORCID 0000-0002-6945-9413.