

Infección por SARS-CoV-2 COVID-19: seguimiento de casos sospechosos y contactos en la población pediátrica de un hospital de tercer nivel

SARS-CoV-2 COVID 19 infection: follow-up of suspected cases and contacts in the pediatric population of a tertiary care hospital

Infecção por SARS-CoV-2 COVID 19: monitoramento de casos suspeitos e contatos na população pediátrica de um hospital terciário

Elisa Díaz¹, Carolina Cimarra¹, Josefina Montes de Oca¹, Maite Agorio¹, Cecilia Galíndez², Mónica Pujadas³, Verónica Parodi⁴, Daniel Iglesias⁵

Resumen

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la pandemia por SARS-CoV-2 COVID-19 el 11 de marzo de 2020. En Uruguay el 13 de marzo de 2020 se notificaron los primeros casos declarándose el estado de emergencia sanitaria. Desde el inicio de la epidemia hasta el 27 de abril de 2021 se reportaron 22.718 casos en menores de 15 años. Dada esta situación epidemiológica desde el Departamento de Pediatría se implementó el diagnóstico y seguimiento clínico telefónico de los niños y adolescentes (NNA) que consultaron en la Emergencia Pediátrica y constituyeran casos y/o contactos de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19).

Se analizan las características epidemiológicas y clínicas de NNA en seguimiento por sospecha de infección por SARS-CoV-2 en un hospital de tercer nivel entre el 1 de marzo de 2020 y el 28 de febrero de 2021.

Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo en ese período. Se incluyeron pacientes de 0 a 14 años que consultaron en el Departamento de Emergencia Pediátrica con síntomas sugestivos de COVID-19 o por situación de contacto con un caso confirmado. Fuentes de datos: estadísticas de ingresos, historias clínicas y laboratorio. Variables: fecha de consulta, sexo, edad, procedencia, clínica, contacto COVID-19 confirmado, comorbilidad, resultado de test PCR para SARS-CoV-2, seguimiento y evolución. Análisis estadístico distribución de frecuencias, medidas de resumen y pruebas de significancia, considerando estadísticamente significativo un valor de $p \leq 0.05$. Consideraciones éticas: no se realizó una intervención específica, se garantizó la privacidad y el anonimato de las personas involucradas.

Se realizaron 657 consultas. 455 (69,3%) telefónicas, y 202 (30,7%) presenciales. 287 (43,7%) asintomáticos y 370 (56,3%) sintomáticos: rinorrea (27%), fiebre (23%), tos (22%), odinofagia (14%), gastrointestinales (4,8%), dificultad respiratoria (3,6%), entre otros. 394 pacientes (60%) fueron contactos, 254 (64,5%) intrafamiliar, 89 (22,6%) educativo entre otros. 467 (71,1%) tuvieron al menos un seguimiento, 451 (96,6%) telefónico y 16 (3,4%) presencial. 78 (11,9%) fueron positivos, 504

1. Residentes Pediatría. Hospital Policial.

2. Pediatra. Hospital Policial.

3. Prof. Agda. Dra. Pediatra. Epidemióloga. Infectóloga. Jefa Servicio Policlínica. Hospital Policial.

4. Jefa Servicio Emergencia. Hospital Policial.

5. Jefe Depto. Pediatría. Hospital Policial.

Servicio Emergencia Pediátrica. Hospital Policial.

Trabajo inédito.

Declaramos no tener conflictos de interés.

(76,7%) negativos y 75 (11,4%) no realizó test. 646 (98,3%) ambulatorios, uno ingresó a CTI. Ninguno falleció.

A través de telemedicina se logró implementar un seguimiento adecuado de casos y contactos COVID-19 e identificar situaciones que requirieran atención presencial. La mayoría cursaron su enfermedad en forma ambulatoria. En los menores de 12 años hubo más infecciones asintomáticas y la fuente de contagio fue un conviviente con mayor frecuencia que en los mayores de 12 años, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p=0,006$ y $p=0,005$). La presentación clínica en esta población fue similar a la reportada. El seguimiento telefónico y la orientación oportunas contribuyeron a la adopción de medidas para disminuir los contagios y la circulación viral y permitieron acompañar al paciente y su familia física y emocionalmente.

Palabras clave: Infecciones por coronavirus SARS-CoV-2
Niño
Adolescente
COVID-19

Summary

Introduction: the World Health Organization (WHO) declared the SARS-CoV2 COVID 19 pandemic on March 11, 2020. In Uruguay, on March 13, 2020, the first cases were reported, and a state of health emergency was set up. From the beginning of the epidemic until April 27, 2021, 22,718 cases were reported in children under 15 years of age. Given this epidemiological situation, the Department of Pediatrics implemented the telephone consultations and clinical follow-up of children and adolescents (CHA) who consulted in the Pediatric Emergency and became cases and/or contacts of coronavirus disease 2019 (COVID 19).

Objective: to analyze the epidemiological and clinical characteristics of children under follow-up for suspected SARS-CoV-2 infection in a tertiary care hospital between March 1, 2020

and February 28, 2021.

Material and methods: a retrospective descriptive observational study was carried out in the period mentioned above. Patients from 0 to 14 years old who consulted in the Pediatric Emergency Department with symptoms of COVID 19 or because of a contact with a confirmed case were included. Data sources: admission statistics, medical records and laboratory. Variables: consultation date, sex, age, origin, clinic, confirmed COVID 19 contact, comorbidity, PCR test result for SARS-CoV-2, follow-up and evolution. Statistical analysis frequency distribution, summary measures and significance tests, a value of $p \leq 0.05$ was regarded as statistically significant. Ethical considerations: no specific intervention was performed, the privacy and anonymity of the people involved were guaranteed.

657 consultations were made. 455 (69.3%) by telephone, and 202 (30.7%) in person. 287 (43.7%) asymptomatic and 370 (56.3%) symptomatic: runny nose (27%), fever (23%), cough (22%), sore throat (14%), gastrointestinal (4.8%), respiratory distress (3.6%) among others. 394 patients (60%) were contacts, 254 (64.5%) intrafamily, 89 (22.6%) at school, among others. 467 (71.1%) had at least 1 follow-up, 451 (96.6%) by telephone and 16 (3.4%) in person. 78 (11.9%) were positive, 504 (76.7%) negative and 75 (11.4%) did not perform the test. 646 (98.3%) outpatients, 1 admitted to ICU. None died.

Conclusions: through telemedicine, we could implement an adequate follow-up of COVID 19 cases and contacts and identify situations that required in-person care. In most cases, the disease was resolved in an outpatient manner. Patients under 12 were more asymptomatic and the source of infection was a cohabitant more frequently than in those over 12 years of age, these differences being statistically significant ($p=0.006$ and $p=0.005$). The clinical presentation in this population was similar to reported data. The timely telephone follow-up and orientation contributed to the adoption

of measures to reduce infections and viral circulation and enabled patients and families to feel physically and emotionally accompanied.

Key words: Coronavirus infections

SARS-CoV-2

Child

Adolescent

COVID-19

Resumo

Introdução: a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a pandemia de SARS-CoV2 COVID 19 em 11 de março de 2020. No Uruguai, em 13 de março de 2020, foram notificados os primeiros casos e foi declarado o estado de emergência sanitária. Desde o início da epidemia até 27 de abril de 2021, foram notificados 22.718 casos em menores de 15 anos. Perante esta situação epidemiológica, o Departamento de Pediatria implementou o diagnóstico telefônico e o acompanhamento clínico das crianças e adolescentes (CA) que consultaram na Emergência Pediátrica e constituíram casos e/ou contatos de doença por coronavírus 2019 (COVID 19).

Objetivo: analisar as características epidemiológicas e clínicas de crianças em acompanhamento por suspeita de infecção por SARS-CoV-2 em um hospital terciário entre 1º de março de 2020 e 28 de fevereiro de 2021.

Materiais e métodos: foi realizado um estudo observacional descritivo retrospectivo no período mencionado acima. Foram incluídos pacientes de 0 a 14 anos que consultaram no pronto-socorro pediátrico com sintomas sugestivos de COVID 19 ou devido ao contato com um caso confirmado. Fontes de dados: estatísticas de admissão, prontuários e laboratório. Variáveis: data da consulta, sexo, idade, procedência, clínica, contato confirmado de COVID 19, comorbidade, resultado do teste PCR para SARS-CoV-2, acompanhamento e evolução. Distribuição de frequên-

cia da análise estatística, medidas sumárias e testes de significância, considerando-se um valor de $p \leq 0,05$ como estatisticamente significativo. Considerações éticas: não foi realizada nenhuma intervenção específica, foi garantida a privacidade e o anonimato das pessoas envolvidas.

Foram feitas 657 consultas. 455 (69,3%) por telefone e 202 (30,7%) pessoalmente. 287 (43,7%) assintomáticos y 370 (56,3%) sintomáticos: rinorreia (27%), febre(23%), tosse(22%), odinofagia (14%), gastrointestinal (4,8%), dificuldade respiratória (3,6%) entre outros. 394 pacientes (60%) foram contatos, 254 (64,5%) intra-familiares, 89 (22,6%) na escola, entre outros. 467 (71,1%) tiveram pelo menos 1 acompanhamento, 451 (96,6%) por telefone e 16 (3,4%) pessoalmente. 78 (11,9%) foram positivos, 504 (76,7%) negativos e 75 (11,4%) não realizaram o teste. 646 (98,3%) pacientes ambulatoriais, 1 internado na UTI. Nenhum deles morreu.

Conclusões: por meio da telemedicina, foi possível implementar um acompanhamento adequado dos casos e contatos da COVID 19 e identificar situações que exigiram atendimento presencial. A maioria atendeu sua doença de forma ambulatorial. Nos menores de 12 anos houve mais infecções assintomáticas e a fonte de infecção foi um coabitante mais do que nos maiores de 12 anos, sendo essas diferenças estatisticamente significativas ($p=0,006$ $p=0,005$). Essa população foi semelhante aos dados registrados. O acompanhamento e orientação oportuna por telefone contribuíram para a adoção de medidas de redução de infecções e circulação viral e permitiram que o paciente e sua família se sentissem acompanhados física e emocionalmente.

Palavras chave: Contágio do coronavírus

SARS-CoV-2

Criança

Adolescente

COVID-19

Introducción

El 31 de diciembre de 2019, en Wuhan en la provincia de Hubei, China, se informa sobre un brote de neumonía de etiología desconocida. Sobre el 9 de enero de 2020, el Centro Chino para el Control y la Prevención de Enfermedades identificó el agente etiológico de dicho brote (SARS-CoV-2). El 30 de enero de 2020, con más de 9.700 casos confirmados en China y 106 casos confirmados en otros 19 países, la OMS declara epidemia de COVID-19. El 11 de marzo de 2020, la OMS declara la pandemia de COVID-19, con más de 118.000 casos en 114 países, y 4.291 fallecidos⁽¹⁻³⁾. Actualmente en el mundo se reportan 165,9 millones de personas infectadas y más de 3,4 millones de fallecidos. El país más afectado es Estados Unidos, con 33 millones de contagios y más de 589.000 fallecidos, seguidos de la India con 26,2 millones de diagnósticos y más de 295.000 muertos, y de Brasil con 15,9 millones de infecciones y 446.000 decesos⁽⁴⁾. A nivel regional, en las Américas se informó el primer caso el 20 de enero de 2020 en Estados Unidos, luego el 26 de febrero de 2020 Brasil notificó el primer caso en América Latina y el Caribe. Desde entonces, la COVID-19 se ha propagado a los 54 países y territorios de la Región de las Américas⁽⁵⁾. Actualmente en las Américas se confirmaron más de 65,7 millones de personas infectadas y más de 1,6 millones de fallecidos. El país más afectado es Brasil, con las cifras mencionadas anteriormente, seguido de Argentina con 3,5 millones de diagnósticos y más de 72.000 fallecidos y Colombia con 3,1 millones de contagios y más de 83.000 muertos⁽⁶⁾. En Uruguay se diagnosticaron los primeros casos de COVID-19 el 13 de marzo de 2020, actualmente hay más de 262.000 casos, con más de 3800 muertes por COVID-19⁽⁷⁾. El 27 de abril de 2021 se reportaron 22.718 casos en menores de 15 años, de los cuales 779 eran menores de un año, 8.806 entre 1 y 7 años y 13.133 eran de 8 años o más. De ellos, 127 requirieron internación, 24 ingresaron por otra causa y el hisopado identificó SARS-CoV-2, 10 ingresaron a cuidados intensivos, de los cuales uno falleció⁽⁸⁾. Los coronavirus son una familia de virus ARN. Pertenecen al orden Nidovirales, suborden Coronavirineae, familia Coronaviridae, subfamilia Orthocoronavirinae. Dentro de la subfamilia, existen cuatro géneros: alfacoronavirus, betacoronavirus, gammacoronavirus y deltacoronavirus⁽⁹⁾. Las infecciones por coronavirus generan infecciones respiratorias y entéricas. Los coronavirus humanos, como HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63 y HCoV-HKU1 causan infecciones respiratorias estacionales leves; mientras que SARS-CoV, MERS-CoV y SARS-CoV-2, pueden generar patologías respiratorias graves, potencialmente mortales⁽⁹⁾. Diversos estudios sugieren que el SARS-CoV-2 podría originarse en murciélagos, siendo este el reservorio natural, y los

pangolines el huésped intermedio⁽¹⁰⁾. El virus presenta una proteína S que tiene afinidad por receptores celulares que le permiten el ingreso a la célula huésped. Una vez dentro de la célula huésped, se produce la traducción inmediata del ARN viral. Las proteínas estructurales traducidas se traslocan a las membranas del retículo endoplásmico y transitan a través del aparato de Golgi, dando como resultado la gemación al citoplasma celular de compartimentos vesiculares secretores. Finalmente, los viriones se secretan de la célula infectada por exocitosis⁽⁹⁾. Se transmite a través de fomites y gotitas durante el contacto estrecho sin protección entre los infectados (sintomáticos o asintomáticos) y los no infectados. Se demostró la transmisión del virus a través de gotitas, aerosoles, por vía fecal-oral y vertical de madre-hijo, siendo esta última de riesgo bajo. También se comprobó que SARS-CoV-2 tiene una alta transmisibilidad durante el período asintomático o de enfermedad leve⁽¹⁰⁾. Las manifestaciones clínicas producidas por la infección de SARS-CoV-2 difieren con la edad, los pacientes mayores de 60 años tienen más probabilidad de insuficiencia respiratoria y una evolución más prolongada de la enfermedad⁽¹⁰⁾.

Con respecto a la sintomatología en la población pediátrica, en base a un documento de valoración crítica de la evidencia realizado teniendo en cuenta estudios de cohorte, caso control, transversales y una revisión sistemática, la fiebre es el síntoma más frecuente (56,5%), seguida de síntomas respiratorios (22,1%) como tos, dificultad respiratoria, odinofagia, dolor torácico, rinorrea y estornudos, con predominio de infección respiratoria alta frente a la infección respiratoria baja. Los síntomas digestivos aparecen como terceros en frecuencia (17,4%): dolor abdominal, diarrea y vómitos. Los síntomas generales representan el 11%, incluyendo fatiga, alteración del estado general, mialgias, artralgias, alteración de la alimentación. Posteriormente síntomas neurológicos, con un 10%, incluyendo afectación neurológica global, cefalea, convulsiones, alteración del nivel de conciencia, anosmia y ageusia. La presencia de exantemas o afectación de mucosas se describe en 9,8%⁽¹¹⁾. Con respecto al síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico vinculado a SARS-CoV-2 (SIM-PedS), la definición de caso difiere ligeramente entre los organismos sanitarios y es susceptible de ser modificada en relación con un mayor conocimiento de esta patología. Este síndrome tiene expresividad variable. Puede mostrar semejanza con los espectros clínicos de la enfermedad de Kawasaki (clásica o completa, incompleta, con shock-KDSS). Los siguientes cuadros clínicos podrían ser compatibles: miocarditis; shock séptico o tóxico; compatibilidad con enfermedad de Kawasaki completa o incompleta; fiebre y dolor abdominal o exantema cutáneo o conjuntivitis, con alteración analítica compatible

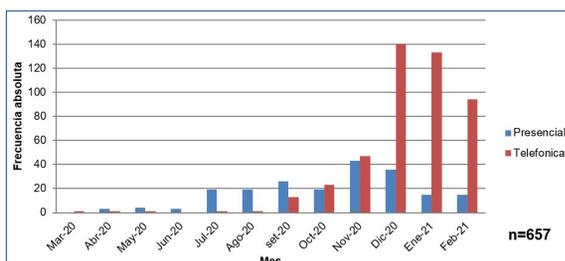


Figura 1. Distribución según modalidad y fecha de la primera consulta.

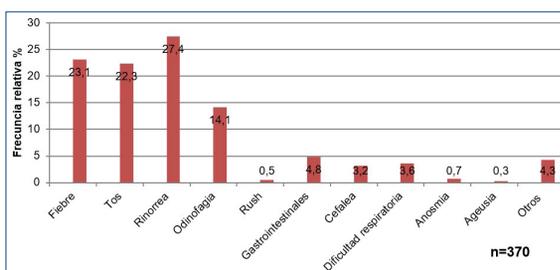


Figura 2. Distribución según síntomas y signos.

(reactantes de fase aguda muy elevados y/o alteración de enzimas cardíacas)⁽¹²⁾. La frecuencia de SIM-PedS en el estudio mencionado, con fecha de marzo de 2021, fue de un 7,9% (criterios de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades [CDC] de Estados Unidos)⁽¹¹⁾. El diagnóstico precoz es fundamental para el seguimiento clínico del paciente y el control de la propagación. El *gold standard* es la reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR) por su alta especificidad. Actualmente existen kits de detección de antígenos que detectan proteínas virales. Se realizan muestras a partir de hisopados nasofaríngeos y secreciones respiratorias con medios de transporte viral. También existen pruebas serológicas de anticuerpos (IgG, IgM o totales) contra la proteína S y N del virus, pero todavía se desconoce la duración de los anticuerpos una vez pasada la infección^(13,14). En cuanto al tratamiento existen diversos fármacos en desarrollo en etapa de ensayos clínicos en humanos. Se está avanzando sobre fármacos que inhiben la entrada del virus a la célula, los que inhiben la replicación viral, agentes inmunomoduladores e inmunoglobulinas⁽¹³⁾. Junto al distanciamiento físico sostenido, las vacunas son la mejor estrategia a largo tiempo para la prevención y control de la COVID-19. Disminuyen la gravedad de la enfermedad, la diseminación viral y la transmisión de persona a persona. Se han creado varios tipos de vacunas: recombinadas, ARN, virus inactivados, virus vivos atenuados, entre otras. Varias se encuentran en diversas etapas de estudio, algunas han demostrado que con una sola dosis generan una respuesta inmune humoral y celular considerable^(13,15). Debido a la pandemia los servicios de salud debieron implementar nuevas formas de asistencia, una de ellas fue la tele-

Tabla 1. Características epidemiológicas y manifestaciones clínicas.

Variables		Frecuencia absoluta	
Total		657	
Consulta	Presencial	202	
	Telefónica	455	
Edad	Mediana	7	
	Media	7,2	
	Moda	4	
Sexo	Masculino	350	
	Femenino	307	
Procedencia	Montevideo	492	
	Canelones	135	
	Lavalleja	5	
	San José	11	
	Cerro Largo	4	
	Artigas	3	
	Rivera	4	
	Tacuarembó	1	
	Rio Negro	2	
	Interior		
Síntomas	Fiebre	201	
	Tos	194	
	Rinorrea	238	
	Odinofagia	123	
	Rush	4	
	Gastrointestinales	42	
	Cefalea	28	
	Dificultad respiratoria	31	
	Anosmia	6	
	Ageusia	3	
Otros	37		
Asintomáticos		287	
Contacto con COVID confirmado	Sin dato	50	
	No		213
		Si	
	Intrafamiliar		254
		Extra-familiar	
		Educación	89
Recreación	16		
Otros	4		
Sin dato		31	

(continúa en la página siguiente)

Tabla 1. Características epidemiológicas y manifestaciones clínicas (viene de la página anterior).

Variables		Frecuencia absoluta	
Comorbilidades	Asma	106	
	Inmunodeprimido	2	
	Obeso	7	
	Enfermedad neuromuscular	2	
	Enfermedad respiratoria crónica	0	
	Cardiopatía	1	
	Diabetes	0	
	Síndrome de Down	3	
	Otros	122	
	No	344	
	Seguimiento	No	190
Sí		Presenciales	16
		Telefónicas	451
		Agrega síntomas	46
No agrega síntomas		422	
HNF	Sí	Positivo	78
		Negativo	504
		Sin dato	53
	No	Razones administrativas	7
		Razones familiares	14
Ambulatorio	Sí	646	
	No	Cuidados moderados	10
		Cuidados intensivos	1
Fallecimientos		0	

medicina. Incluye todas las acciones en salud facilitadas por las tecnologías de información y comunicación, brinda acceso, equidad y calidad en los servicios⁽¹⁶⁾. Se ha visto que esta nueva modalidad de atención disminuye la circulación de personas sospechosas o confirmadas con COVID-19 en los centros de salud y evita la sobrecarga asistencial. Es una alternativa válida para el seguimiento y manejo de los casos leves y sospechosos de COVID-19. Dada la situación sanitaria que atravesamos hace más de un año, con medidas nacionales e institucionales que han provocado una continua adaptación del equipo de salud, decidimos realizar este trabajo. Nuestro hospital atiende al funcionario policial y a su familia. Teniendo en cuenta que el funcionario policial médico y no médico se encuentra en el primer frente de acción desde el inicio de la pandemia, su diagnóstico precoz ha sido una prioridad. Para ello se creó un sistema de atención

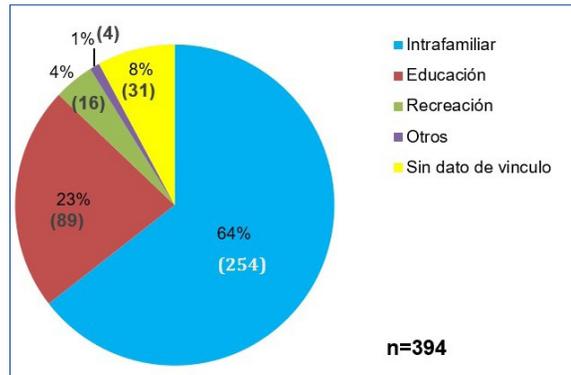


Figura 3. Distribución de casos según nexo epidemiológico.

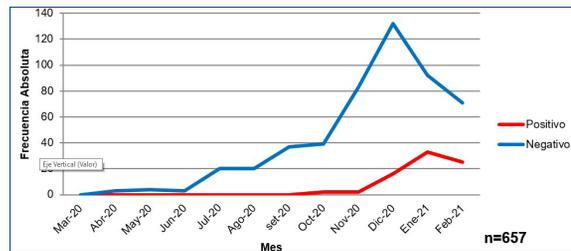


Figura 4. Resultado de test PCR en función del mes.

telefónica y seguimiento de los pacientes sospechosos de COVID-19, ya sea por tener síntomas y/o contacto con paciente positivo. El presente trabajo presenta los datos de los pacientes pediátricos contactados en nuestro centro, ya sea en forma presencial o telefónica, durante el primer año de la pandemia en nuestro país.

Objetivos

Objetivo general

Analizar las características epidemiológicas y clínicas de niños y adolescentes en seguimiento por sospecha de infección por SARS-CoV-2 en el Hospital Policial entre el 1 de marzo de 2020 al 28 de febrero de 2021.

Objetivos específicos

- Analizar las características epidemiológicas en la población estudiada.
- Conocer la incidencia de infección por SARS-CoV-2 en la población en estudio.
- Identificar la fuente de contagio de niños y adolescentes.
- Describir manifestaciones clínicas en niños y adolescentes.
- Caracterizar el seguimiento establecido en la población en estudio.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo.

Período considerado: 1 de marzo de 2020 – 28 de febrero de 2021.

Se incluyeron todos los pacientes de 0 a 14 años inclusive que consultaron en el Departamento de Emergencia Pediátrica del Hospital Policial, ya sea de forma presencial o telefónica, por sintomatología sugestiva de COVID-19 o por contacto con personas con infección por SARS-CoV-2 COVID-19.

Se excluyeron los pacientes de 0 a 14 años inclusive que consultaron en el Departamento de Emergencia Pediátrica del Hospital Policial por otro motivo y a quienes no se le solicitó toma de muestra para detección de SARS-CoV-2 en dicho período.

Las fuentes de datos fueron: registro estadístico de ingresos, historias clínicas electrónicas y sistema informático de laboratorio (Modulab).

A través de la revisión de historias clínicas del total de las consultas en el Departamento de Emergencia Pediátrica en el período considerado, se seleccionaron las que cumplían con los criterios de inclusión. Se elaboró un formulario *ad hoc* para recolección de datos.

Se consideraron las siguientes variables: fecha de consulta, sexo, edad, departamento de procedencia, presentación clínica, contacto COVID-19 confirmado, comorbilidad, resultado de test para SARS-CoV-2, seguimiento y evolución (tabla 1).

El análisis estadístico se estableció en base a distribución de frecuencias, medidas de resumen y pruebas de significancia, considerando estadísticamente significativo un valor de $p \leq 0,05$.

Consideraciones éticas: dado que se trata de un diseño observacional, no se realizó una intervención específica. Se garantizó la privacidad y se aseguró el anonimato de las personas involucradas tanto en el manejo de datos como en la comunicación.

Resultados

En el período mencionado se realizaron 4.380 consultas en el Departamento de Emergencia Pediátrica del Hospital Policial, de las cuales el 15% correspondió a pacientes en seguimiento.

En la tabla 1 están resumidas las características epidemiológicas y las manifestaciones clínicas de los pacientes, el total de pacientes en seguimiento por caso sospechoso de COVID-19 en el período considerado fue de 657. 455 (69,3%) optaron por realizar la primera consulta con el servicio de emergencia pediátrica de forma telefónica, mientras que 202 (30,7%) lo hicieron de forma presencial (figura 1).

Con respecto al sexo, 350 son de sexo mascu-

lino (53,3%) y 307 (46,7%) sexo femenino. 492 (74,9%) pertenecen a Montevideo y 165 (25,1%) al interior. Dentro de este último grupo Canelones es el más frecuente, seguido de San José y Lavalleja. Con respecto a la edad, el rango etario abarcó desde los 2 meses hasta los 14 años con una media de $7,2 \pm 2,7$ años, una mediana de 7 años y una moda de 4 años.

Teniendo en cuenta la presentación clínica, 287 (43,7%) fueron asintomáticos y 370 presentó alguno de los siguientes síntomas: rinorrea (27%), fiebre (23%), tos (22%), odinofagia (14%), síntomas gastrointestinales (4,8%), dificultad respiratoria (3,6%), cefalea (3%), anosmia (0,7%), rash cutáneo (0,5%), ageusia (0,3%), entre otros (figura 2).

Según el nexo epidemiológico, 394 (60%) tuvieron contacto con casos positivos para infección por SARS-CoV-2 COVID-19, de los cuales 254 (64,5%) corresponden a contacto intrafamiliar, 89 (22,6%) contacto en centro de estudios, 16 (4%) contacto en recreación, 4 (1%) otros contactos y 31 (7,9%) contacto con caso confirmado sin dato de vínculo. 213 (32,4%) no tenían noción de contacto y 50 (7,6%) no contaban con registro de contacto (figura 3).

En cuanto a las comorbilidades, del total de pacientes 344 (52,4%) no presentaba ninguna comorbilidad, el resto (313, 47,6%), padecía de asma (106, 28,3%), hipotiroidismo (28, 7,5%), HAVA (16, 4,3%), rinitis alérgica (9, 2,4%) y obesidad (7, 1,9%), entre otras comorbilidades.

De los pacientes involucrados, 467 (71,1%) tuvieron al menos un seguimiento, de los cuales 451 (96,6%) fueron de forma telefónica y 16 (3,4%) de forma presencial. De los pacientes con seguimiento, 422 (90,1%) no agregaron otros síntomas, mientras que 46 (9,9%) sí lo hicieron.

En 190 pacientes (28,9%) no consta registro de seguimiento en la historia clínica electrónica. De estos 190, 124 (65,2%) fueron asintomáticos, de los cuales 120 (96,8%) tuvieron un resultado negativo en la prueba de PCR para SARS-CoV-2 y 4 (3,2%) tuvieron un resultado positivo. La media de seguimiento telefónico fue de 2,18 seguimientos por paciente.

Del total de pacientes, 78 (11,9%) presentaron PCR para SARS-CoV-2 positiva, 504 (76,7%) fueron negativas y en 75 (11,4%) no se realizó por motivos familiares o administrativos (figura 4).

646 pacientes (98,3%) fueron tratados de forma ambulatoria, 10 (1,5%) requirieron ingreso a cuidados moderados por otras causas diferentes a COVID-19 y un paciente (0,2%) ingresó a la unidad de cuidados intensivos pediátricos a causa de un cuadro respiratorio grave por COVID-19.

En el presente trabajo no hubo casos de fallecidos.

Conclusiones

En este estudio se objetiva un franco predominio de consulta por situaciones vinculadas a riesgo de infección por SARS-CoV-2 (sea por contacto con caso positivo COVID-19 y/o sintomatología sugestiva) de forma telefónica con respecto a la presencial, tendencia que se comienza a constatar a partir de octubre de 2020, coincidente con el aumento de estas consultas y de casos que resultaron positivos para COVID-19.

Se observa un leve predominio de consultas de pacientes de sexo masculino.

Por otro lado, hubo un franco predominio de procedencia de Montevideo, lo cual podría vincularse a un mayor porcentaje de usuarios policiales que residen en la capital.

La vasta mayoría de los casos, tanto negativos como positivos, cursaron su enfermedad aguda particular de forma ambulatoria.

Con respecto al diagnóstico, el primer caso positivo en el período de este estudio fue catalogado como tal por nexo epidemiológico, sin realización de hisopado nasofaríngeo (HNF) diagnóstico. El resto de los pacientes positivos para COVID-19 se diagnosticaron mediante PCR para SARS-CoV-2. Cabe destacar que en algunos casos existieron problemas administrativos, vinculados a la alta demanda laboratorial, a la hora de solicitar y realizar HNF diagnósticos. En estos casos se demoró la toma de muestra, haciendo que estos pacientes cursaran una cuarentena completa, sin obtener con anterioridad el diagnóstico de una eventual infección por COVID-19. Asimismo, otra pequeña proporción sin dato de HNF se debió a que se realizaron en otros centros médicos distintos a nuestro hospital; en otros casos, algunos padres no permitieron la realización del testeo; en otros, los HNF debían repetirse por indicación de laboratorio (por muestra insuficiente o muestra derramada) y no fueron realizados. Sin embargo, destacamos que la amplia mayoría de los pacientes fueron testeados.

De los pacientes analizados en este período, hubo solo 10 que requirieron ingreso a cuidados moderados pediátricos, obteniendo nueve de ellos un resultado negativo de PCR para SARS-CoV-2. Del total de los ingresos a piso, cuatro fueron por cuadros respiratorios. Se objetiva un ingreso que requiere estadía en cuidados intensivos pediátricos. Se trata de un paciente de 5 años con antecedente personal de neurofibromatosis tipo I con compromiso medular, que ingresa por una infección respiratoria baja a SARS-CoV-2 e insuficiencia respiratoria con afectación obstructiva y neuromuscular.

La predominancia de fiebre y síntomas respiratorios sobre otros síntomas en la población estudiada en

el presente análisis tiene similitud con la sintomatología predominante reportada.

La frecuencia relativa de contactos con casos positivos COVID-19 fue elevada con respecto a aquellos pacientes que no tenían contacto. De estos contactos, en este estudio se observa un franco predominio de origen intrafamiliar.

La comorbilidad observada con mayor frecuencia es asma, dato esperable dado que se trata de una de las patologías crónicas más frecuentes en la edad pediátrica.

Resaltamos que el protocolo de indicación de testeo fue sufriendo modificaciones en el correr de la presente pandemia. En nuestra población en particular, dado la ocupación de los adultos responsables de los pacientes, al inicio de la pandemia tenían prioridad para realización de HNF. Asimismo, también al inicio se contemplaba más que actualmente el diagnóstico por nexo epidemiológico.

Por último, destacamos la relevancia del seguimiento telefónico en estas situaciones de riesgo de contagio de infección por SARS-CoV-2 COVID-19. Dentro de sus ventajas encontramos la disminución de la circulación de pacientes posiblemente positivos en el centro de salud, guiar la conducta a seguir con respecto al paciente según la situación epidemiológica que él mismo y su núcleo conviviente van atravesando, y el acompañamiento al paciente y su familia en situaciones que pueden generar malestar tanto físico en el paciente como emocional en este y sus familiares.

Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia. Washington, DC: OPS, 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>. [Consulta: 25 julio 2021].
2. Organización Panamericana de la Salud. Alertas y actualizaciones epidemiológicas. Washington, DC: OPS, 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/alertas-actualizaciones-epidemiologicas>. [Consulta: 25 julio 2021].
3. Corporación de Radio y Televisión Española. COVID-19. Mapa del coronavirus en el mundo: casos, muertes y los últimos datos de su evolución. Disponible en: <https://www.rtve.es/noticias/20210522/mapa-mundial-del-coronavirus/1998143.shtml>. [Consulta: 25 julio 2021].
4. Organización Panamericana de la Salud. Informes de situación de la COVID-19. Washington, DC: OPS, 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/informes-situacion-covid-19#:~:text=Tras%20el%20brote%20de%20una,n%C3%BAmero%20de%20casos%20y%20muertes>. [Consulta: 25 julio 2021].
5. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Geneva: WHO, 2021. Disponible en: <https://covid19.who.int/>. [Consulta: 25 julio 2021].
6. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19): Uruguay. Geneva: WHO, 2021. Disponible en: <https://covid19.who.int/region/amro/country/uy>. [Consulta: 25 julio 2021].

7. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Comunicado sobre 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: 25 julio 2021].
8. V'kovski P, Kratzel A, Steiner S, Stalder H, Thiel V. Coronavirus biology and replication: implications for SARS-CoV-2. *Nat Rev Microbiol* 2021; 19(3):155-70.
9. Wang M, Zhao R, Gao L, Gao X, Wang D, Cao J. SARS-CoV-2: Structure, Biology, and Structure-Based Therapeutics Development. *Front Cell Infect Microbiol* 2020; 10:587269.
10. Asociación Española de Pediatría. COMITÉ DE Pediatría Basada en la Evidencia. COVID-19 en Pediatría: valoración crítica de la evidencia. Madrid: AEP, 2021. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/covid-19_en_pediatría_valoración_crítica_de_la_evidencia_rev_ext.pdf. [Consulta: 25 julio 2021].
11. Asociación Española de Pediatría. Sociedad Española de Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas. Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos. Sociedad Española de Infectología Pediátrica. Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria. Sociedad Española de Reumatología Pediátrica. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Consenso nacional sobre diagnóstico, estabilización y tratamiento del Síndrome Inflamatorio Multisistémico Pediátrico vinculado a SARS-CoV-2 (SIM-PedS). Madrid: AEP, 2021. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/aep.sim-peds.v1.pdf>. [Consulta: 25 julio 2021].
12. Hu B, Guo H, Zhou P, Shi Z. Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. *Nat Rev Microbiol* 2021; 19(3):141-54.
13. Gao J, Quan L. Current status of diagnostic testing for SARS-CoV-2 infection and future developments: a review. *Med Sci Monit* 2020; 26:e928552.
14. Belete T. A review on promising vaccine development progress for COVID-19 disease. *Vacunas* 2020; 21(2):121-8.
15. Sociedad Argentina de Pediatría. Recomendaciones para efectuar una videoconsulta. Definiciones. *Arch Argent Pediatr* 2020; Supl COVID-19:c137-8. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2020/SuplCOVIDa26.pdf>. [Consulta: 25 julio 2021].
16. Nogueira J, Grasa C, Ots C, Alonso L, Falces I, Calvo C, et al. Seguimiento telemático de COVID-19: experiencia de un hospital terciario. *An Pediatr (Barc)* 2021; 95(5):336-44. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7605723/pdf/main.pdf>. [Consulta: 10 junio 2021].

Correspondencia: Dra. Josefina Montes de Oca.
Correo electrónico: josefinamz494@gmail.com

Todos los autores declaran haber colaborado en forma significativa
Maite Agorio, ORCID 0000-0002-3804-571X.
Josefina Montes de Oca, ORCID 0000-0003-1477-0041.
Verónica Parodi, ORCID 0000-0003-4050-0838.
Mónica Pujadas, ORCID 0000-0002-6396-5163.
Daniel Iglesias, ORCID 0000-0001-9422-8361.
Cecilia Galindez, ORCID 0000-0001-6383-9952.
Elisa Díaz, ORCID 0000-0001-6124-7603.
Carolina Cimarra, ORCID 0000-0003-1837-9242.