

Caracterización clínico epidemiológica de pacientes en edad pediátrica ingresados en centros de aislamiento de Cienfuegos

Clinical-epidemiological characterization of pediatric patients admitted to isolation centers of Cienfuegos province

Tamara Sánchez Estrada^{1*} <http://orcid.org/0000-0003-0091-6767>

Jan O'neil González Ramos¹ <http://orcid.org/0000-0002-7703-6753>

Roxilena Manso Martín¹ <http://orcid.org/0000-0003-3470-544X>

Nicolás Ramón Cruz Pérez¹ <http://orcid.org/0000-0002-3802-3748>

Juan Carlos Yanes Macias¹ <http://orcid.org/0000-0001-7188-4008>

Arellys Crespo García² <http://orcid.org/0000-0001-7136-896X>

¹Hospital Pediátrico Universitario “Paquito González Cueto”. Cienfuegos. Cuba.

²Dirección Provincial de Salud. Cienfuegos. Cuba.

*Autor para la correspondencia: tamara@hosped.cfg.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La población pediátrica no ha sido la más vulnerable a la COVID-19. La vigilancia epidemiológica estricta y las estrategias tomadas, permiten identificar y realizar análisis clínico epidemiológico en esta población.

Objetivo: Caracterizar desde la óptica clínica y epidemiológica a pacientes pediátricos ingresados en centros de aislamiento.

Métodos: Estudio descriptivo y transversal en 316 infantes sospechosos de contactos de personas con COVID-19, edades entre 1 y 18 años e ingresados en los centros de aislamiento de Cienfuegos, desde el 11 de marzo al 30 de junio de 2020. Las variables: edad, sexo, casos sospechosos o

contactos, mes de ingreso, sintomatología clínica y casos confirmados. Los datos se expresaron en valores absolutos y relativos.

Resultados: Fueron sospechosos 36,7 % niños, 63,3 % contactos; 96,9 % fueron remitidos desde sus áreas de salud. Solo 5 (1,6 %) niños fueron confirmados con la enfermedad y todos tuvieron evolución favorable. Predominaron las edades de 5 a 9 años y de 15 a 18 años con 24,4 y 24,7%, respectivamente, sin diferencia de género; 64,9 % fueron asintomáticos. Los síntomas clínicos más frecuentes fueron: tos (56,8 %) y fiebre (55,9 %). Solo 9 (8,1 %) con dificultad respiratoria.

Conclusiones: La enfermedad en la población pediátrica de la provincia Cienfuegos no constituye un problema de salud por el bajo porcentaje de niños confirmados con la enfermedad en los centros de aislamiento. Se reafirma que una de las formas de transmisión es de hombre a hombre y es el aislamiento fundamental para el control y diagnóstico.

Palabras clave: COVID-19; epidemiología clínica.

ABSTRACT

Introduction: The pediatric population has not been the most vulnerable to COVID-19. Strict epidemiological surveillance and the strategies taken, allow to identify and perform a clinical-epidemiological analysis in this population.

Objective: Characterize from the clinical and epidemiological points of view pediatric patients admitted to isolation centers.

Methods: Descriptive and cross-sectional study of 316 infants who were suspected cases or contacts of people with COVID-19, in ages from 1 to 18 years and who were admitted to the isolation centers of Cienfuegos province, from March 11 to June 30, 2020. The variables used were: age, sex, suspected cases or contacts, month of admission, clinical symptomatology, and confirmed cases. The data were expressed in absolute and relative values.

Results: 36.7% children, and 63.3% contacts were suspected; 96.9% were referred from their health areas. Only 5 (1.6%) children were confirmed with the disease and all had favorable evolution. The ages from 5 to 9 and from 15 to 18 years predominated with 24.4% and 24.7%, respectively, without gender difference; 64.9% were asymptomatic. The most common clinical symptoms were: cough (56.8%) and fever (55.9%). Only 9 patients (8.1%) had respiratory distress.

Conclusions: This disease in the pediatric population of Cienfuegos province is not a health problem because of the low percentage of children confirmed with the COVID-19 in isolation centers. It is confirmed that one of the forms of transmission is person-to-person and isolation is vital for control and diagnosis.

Keywords: COVID-19; clinical epidemiology.

Recibido: 01/11/2020

Aceptado: 22/03/2021

Introducción

El siglo actual se ha caracterizado por una problemática de salud, la aparición de nuevas enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, como ha sido la COVID-19 (*coronavirus disease 2019*) también conocida como enfermedad por nuevo coronavirus. Esta enfermedad es causada por el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2), este nuevo virus y la enfermedad, eran desconocidos antes de que estallara el brote en la ciudad de Wuhan, provincia Hubei, China.

Los coronavirus son una extensa familia de virus que pueden causar enfermedades tanto en animales como en humanos. En los humanos, se sabe que seis coronavirus causan infecciones respiratorias que pueden ir desde el resfriado común hasta enfermedades más graves como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) (por sus siglas en inglés) y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS).^(1,2)

El 9 de enero el Centro Chino de enfermedades infecciosas informó el descubrimiento del nuevo coronavirus, de inmediato se observó un incremento exponencial de los casos confirmados, el 11 de enero se reportó la primera defunción en China.⁽³⁾ El 13 de enero en Tailandia se registró el primer caso importado en un paciente de 61 años residente de Wuhan y el 20 de enero, un paciente de 35 años que viajó de EE: UU. a Wuhan. Se estableció la cuarentena y medidas de control en los medios de transporte aéreos y terrestres nacionales e internacionales.⁽⁴⁾ La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el 30 de enero de 2020 la infección por COVID-2019, una emergencia internacional de salud pública y la reconoció como una pandemia el 11 de marzo.^(4,5)

El 11 de febrero se nombra oficialmente COVID-19 (*coronavirus disease*). El nombre, SARS-CoV-2, aparece posterior al análisis genómico de las secuencias.

El riesgo de enfermedad a nivel global es muy alto.⁽⁶⁾ Esta pandemia está propiciando el deceso de miles de personas, la interrupción del desarrollo económico-social y el abandono escolar, entre otros, que tiene como efecto en algunos países incluso de los que exhiben economías más desarrolladas, el colapso de los hospitales, la incapacidad de las unidades de atención a los pacientes graves en muchos lugares del mundo y el contagio del personal de salud excluyendo a Cuba, ejemplo de ello; en Ecuador, han tenido que lamentar el fallecimiento de más de 80 profesionales por esta causa.^(7,8)

En Cuba se diseñó, en enero del 2020, el Plan para la Prevención y Control del Nuevo Coronavirus (COVID-19), que involucra todos los Organismos de la Administración Central del Estado, las empresas, el sector no estatal y la población en general; que se ha contextualizado a las condiciones reales de cada territorio. En este sentido, la fase de cuarentena es una de las más importantes, consiste en la restricción de las actividades y la separación de las personas que no

están enfermas, de las que se tiene sospecha que están infestadas, para prevenir la posible propagación de una infección o contaminación.

En la población general, el personal médico, su entorno familiar o en otros ambientes "cerrados", sigue siendo reducida la comprensión de los patrones de transmisión, la gravedad, características clínicas y los factores de riesgo, por lo tanto, los estudios para evaluar las características epidemiológicas y clínicas de los casos en diferentes escenarios resultan esenciales para profundizar y comprender mejor la evolución de este virus y la enfermedad y contribuir a proporcionar la información necesaria para ajustar los parámetros que se integrarán en los modelos de pronóstico.⁽⁹⁾

En la provincia Cienfuegos, se destinaron para el ingreso de casos sospechosos y contactos centros de aislamiento como en el resto del país y en gran parte del mundo. En esta ocasión, los niños no ha sido la población más vulnerable, no obstante, la vigilancia epidemiológica estricta y las estrategias tomadas por el Sistema Nacional de Salud, han permitido identificar y realizar un análisis clínico-epidemiológico en esta población; por estas razones y por la pobre o escasa información que existe de la COVID-19 en los niños, realizamos esta investigación que tiene como objetivo: caracterizar desde la óptica clínica y epidemiológica a pacientes en edad pediátrica ingresados en centros de aislamiento.

Métodos

Estudio descriptivo de corte transversal realizado en 316 infantes sospechosos o contactos de personas con COVID-19., ingresados en centros de aislamiento de Cienfuegos, desde el 11 de marzo al 30 de junio de 2020.

La muestra, tomada a conveniencia, abarcó a niños entre 1 día y 18 años de edad, residentes de la provincia Cienfuegos o de otras provincias.

Se consideró caso sospechoso de COVID-19: persona de cualquier edad que presentara fiebre, enfermedad respiratoria aguda y que contara con antecedentes de viaje o estancia en países con transmisión local de la enfermedad, o haber estado en contacto con un caso confirmado o un caso bajo investigación, hasta 14 días antes del inicio de los síntomas.

Se consideró contacto: persona involucrada en cualquiera de las siguientes condiciones: cuidados directos a pacientes con COVID-19, trabajar con personal de la salud infectado, visitas a pacientes o estadía en el mismo ambiente cercano de un paciente con COVID-19; compartir estrechamente el ambiente de trabajo o el aula escolar con un paciente con COVID-19; viajar con un paciente enfermo.

El escenario lo constituyeron los centros de aislamiento de la provincia de Cienfuegos Centro Especializado Ambulatorio Victoria de Girón (CEA), Hotelera de la Central Electronuclear (CEN),

Hotelera de la Construcción (MICONS), Villa Cinco Azúcar, Villa Perla Azúcar, Escuela Integral de Deporte (EIDE), Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima (HGAL), Hospital Pediátrico Universitario Paquito González Cueto (HPU), Hotel Deportivo, Hotel Punta La Cueva.

Se evaluaron las variables: edad, sexo, casos sospechosos o contactos, mes de ingreso, sintomatología clínica: asintomático o sintomático (fiebre, cefalea, tos, rinorrea, dificultad respiratoria, congestión nasal y expectoración) y casos confirmados. No se realizaba el test rápido en los territorios en el período de realización de la investigación. No hubo criterios de exclusión.

La información se obtuvo de la base de datos del Centro de Dirección Provincial de Vigilancia en Salud, Departamento de Estadística de la Dirección Provincial de Salud (DPS) e historias clínicas de cada paciente. Se creó una base de datos, con ayuda del programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences, Chicago, Illinois* versión 15.0, español). Los resultados se expresaron en valores absolutos y relativos. El universo fue pequeño para llegar a correlaciones bioestadísticas.

La investigación se acogió a los preceptos éticos aplicados a los estudios biomédicos respecto a las personas. No se aplicaron maniobras experimentales y la información fue procesada de forma confidencial y sin la presentación de datos que pudieran afectar la integridad de los pacientes.

Resultados

Los 316 pacientes pediátricos representaron 9,6 % del total de pacientes en aislamiento, 116 fueron sospechosos (36,7 %) y 200 contactos (63,3 %), el mes de abril fue el de mayor número de casos con 152 (48 % del total de ingresos). Fueron remitidos desde su policlínico 270 pacientes, 26 por su médico de familia y 10 casos del hospital pediátrico. Esto demuestra que la vigilancia desde la atención primaria de salud estaba siendo efectiva (Tabla 1).

Tabla 1 - Distribución de casos de COVID-19 y mes de ingreso

Mes	Casos					
	Sospechosos		Contactos		Total de ingresos	
	No.	%	No.	%	No.	%
Marzo	28	8,9	51	16,1	79	25,0
Abril	58	18,3	94	29,7	152	48,0
Mayo	25	7,9	39	12,3	64	20,2
Junio	5	1,6	16	5,0	21	6,6
Total	116	36,7	200	63,3	316	100,0

Se encontró un ligero predominio de los grupos de 5 a 9 años y de 15 a 18 años con 77 (24,4 %) y 78 pacientes (24,7 %); los menores de 1 año representaron el menor número con 22 pacientes, sin diferencia llamativa de género.

La mediana de la edad fue de 9,5 Intervalo: 1 día-18 años (Tabla 2)

Tabla 2 - Distribución de pacientes de COVID-19 según edades y sexo

Edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
≤1 año	13	59,1	9	40,9	22	6,7
De 1 a 4 años	33	46,5	38	53,5	71	22,5
De 5 a 9 años	35	45,5	42	54,5	77	24,4
De 10 a 14 años	31	45,6	37	54,4	68	21,5
De 15 a 18 años	48	61,5	30	38,5	78	24,7
Total	160	50,6	156	49,4	316	100,0

El 64,9% de los pacientes se mantuvieron asintomáticos, los síntomas más frecuentes encontrados fueron la tos y fiebre con 56,8 % y 55,9% respectivamente, aproximadamente un tercio de ellos presentaron rinorrea y cefalea, solo 9 (8,1%) tuvieron dificultad respiratoria (Tabla 3).

Tabla 3 - Sintomatología clínica

Sintomatología	No.	%
Asintomático	205	64,9
Sintomático	111	35,1
Síntomas		
Fiebre	62	55,9
Cefalea	34	30,6
Tos	63	56,8
Rinorrea	37	33,3
Dificultad respiratoria	9	8,1
Congestión nasal y expectoración	13	11,7

De los 316 pacientes pediátricos, resultaron positivos 5 lo que representó el 1,6 %; 94 casos fueron negativos (29,7%), el resto: 217(68,6%) eran contactos de casos sospechosos que fueron negativos, sin sintomatología durante el ingreso. Cabe destacar que de los 5 casos positivos hubo un menor de un año, que fue atendido directamente en cuerpo de guardia del hospital pediátrico, contacto

directo de un caso procedente del exterior que presentó síntomas respiratorios y test rápido positivo. No hubo predominio de sexo entre los 5 casos positivos: 1 en el grupo de 10 a 14 años y 4 de 15 a 18 años, 3 de ellos fueron asintomáticos y los síntomas predominantes fueron la tos, fiebre y rinorrea, los cinco niños con evolución satisfactoria (Tabla 4).

Tabla 4 - Casos confirmados según variables

	No.
Total de niños confirmados	5
Por sexo	
Femeninos	2
Masculinos	3
Edad (años)	
Entre 10 y 14	1
Entre 15 y 18	4
Presentación de los síntomas	
Con síntomas	1
Sin síntomas	4
Principales síntomas	
Tos	1
Fiebre	1
Rinorrea	1
Evolución	
Satisfactoria	5

Discusión

Los niños representaron el 9,6% de los casos y el 1,6% positivos, todos con evolución favorable. Estos resultados son similares a los de todos los países afectados con la pandemia. En China se diagnosticaron los primeros casos y es referencia para el mundo por haber sido el epicentro de dicha entidad, los estudios de diferentes investigadores confirman la baja incidencia de pacientes en edad pediátrica en Beijín y en la provincia de Zhejiang, además, en otros estudios epidemiológicos reflejan que del total de pacientes infectados solo el 11,7 % son niños.^(10,11)

Esto puede estar relacionado con la exposición o los factores del huésped. Los niños generalmente están confinados y bien atendidos en casa así tienen relativamente menos riesgo de exponerse a patógenos o a pacientes enfermos, investigaciones publicadas hacen referencia a ello.

También se especula que los niños son menos sensibles a la COVID-19 porque la madurez y función de la enzima convertidora de angiotensina II (ACE2) puede ser menor que en adultos y además a menudo experimentan infecciones respiratorias (p. ej., virus sincitial respiratorio (VSR) y pueden tener concentraciones más altas de anticuerpos contra virus que los adultos; además, el sistema inmunitario de los niños todavía se está desarrollando con diferente respuesta a los patógenos.

Por último, y la más acertada en la actualidad es la teoría de la inmunosenescencia, que se refiere a la inmadurez y pobre funcionabilidad del sistema inmune de los pacientes en edad pediátrica, que contribuye a presentar una respuesta inespecífica, abierta y modulada ante la presencia de este nuevo coronavirus, por lo que se ha denominado respuesta plástica.^(12,13)

A diferencia de la mayoría de los países en el mundo, en Cuba, todos los pacientes sospechosos de COVID-19 o contactos fueron ingresados en algún centro de aislamiento para estudio y tratamiento. Dejar que se genere una inmunidad de rebaño no sería prudente en las condiciones actuales del Sistema Nacional de Salud. Y luego de ser dados de alta médica son remitidos para el área de salud correspondiente, donde son vigilados por el médico y enfermera de la familia durante 14 días en sus hogares, hasta el alta epidemiológica.⁽¹⁴⁾

Abril de 2020, fue el mes con mayor número de casos notificados en la provincia, esto pudiera estar relacionado con la época de cambio estacional de invierno a verano donde las condiciones son propicias para el virus y la condición estacional. No se encontró en la bibliografía revisada información útil para analizar y comparar.

Los niños de todas las edades son susceptibles a enfermarse con COVID-19, los escolares y adolescentes fueron los más frecuentes en esta serie. En el caso de estos grupos, su estado se debió fundamentalmente al incumplimiento de medidas de cuarentena adoptadas a nivel nacional en Cuba, que incluyen la prohibición de la circulación a menores y adolescentes fuera de sus hogares durante la epidemia, si a ello se adiciona que los jóvenes, por características propias de su edad, tienen una menor percepción de riesgo, es posible explicar los resultados obtenidos; no se encontraron diferencias de género significativas, lo que coincidió con un estudio epidemiológico que aprecia un poco más de niños que de niñas (56,6 frente a 43,4 %, respectivamente) afectados pero sin diferencias de género significativas.⁽¹²⁾

En otras investigaciones realizadas en la ciudad de Wuhan, los autores declaran que los pacientes de 7 años y del sexo masculino son los más infectados. La mediana de edad de todos los casos de COVID-19 de los niños fue de 7 años (rango intercuartil: 11), pero varió desde 1 día a 18 años de edad.^(10,11) En de Santiago de Cuba⁽¹⁵⁾ informan un predominio del sexo masculino lo que no coincide con los resultados de este estudio.

Es frecuente en esta enfermedad encontrar en los niños formas asintomáticas o con síntomas leves, los resultados de este estudio se corresponden con las fuentes revisadas, donde refieren que hasta el momento es más frecuente encontrar niños asintomáticos y con síntomas leves que los graves. Ello se explica porque en la edad pediátrica existe alguna relación con el desarrollo y

composición de su sistema inmunológico, por lo que se continúan estudios para poder justificar este comportamiento, aunque en las epidemias anteriores del SARS y el MERS, la situación con los niños fue similar.^(10,11,16,17)

Análoga información se muestra en el documento de *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) que atienden a niños,⁽¹⁸⁾ donde la enfermedad entre los casos pediátricos parece ser leve y la mayoría presentan síntomas de infección respiratoria, tos, congestión nasal, rinorrea y dolor de garganta.

También comenta CDC, que dado que los signos y síntomas de COVID-19 en niños pueden ser similares a los de las infecciones respiratorias virales comunes u otras enfermedades infantiles, es importante valorar la posibilidad de COVID-19, pero también se debe considerar otros posibles diagnósticos. Destaca igualmente que, hasta la fecha, ha habido múltiples informes de niños con infección asintomática por SARS-CoV-2.

Varios estudios informan entre los síntomas más frecuentes fiebre, tos, el eritema faríngeo; taquicardia; como los más comunes y aislados o asociados entre sí, la taquipnea, rinorrea, vómitos, congestión nasal y digestivas, no son frecuentes.^(12,19,20) Nuestra casuística es similar a lo planteado en estos estudios revisados y citados.

En la investigación aquí presentada, el bajo porcentaje de casos confirmados en la provincia es similar a los resultados encontrados en una región aledaña a Wuhan,^(10,11) donde solo se registraron 6 niños infectados a diferencia de los 2143 que se infectaron en la ciudad del epicentro, este comportamiento lo atribuyen al menor comercio de esa región y el pobre movimiento de la población que se encuentra entre 14 a 34 km del centro de Wuhan. En este sentido, se piensa que este resultado se debe a la lejanía de la región del epicentro del brote original, el cierre precoz de las fronteras y las medidas de aislamiento familiar y social, el distanciamiento social, uso de medios de protección, educación y cumplimiento de lo establecido; además esto puede estar relacionado tanto con la exposición como con los factores del huésped.

Los niños generalmente estaban bien atendidos en casa y tienen menos oportunidades de exponerse a patógenos o pacientes enfermos, el sistema inmunitario de los niños todavía se está desarrollando y puede responder a los patógenos de manera diferente y tener concentraciones más altas de anticuerpos contra virus que los adultos, lo que favorece encontrar más niños asintomáticos y con síntomas leves más que graves.^(12,19,20,21)

Se concluye que la enfermedad en la población pediátrica de la provincia Cienfuegos no constituye un problema de salud por el bajo porcentaje de niños confirmados con la enfermedad en los centros de aislamiento. Se reafirma que una de las formas de transmisión es de hombre a hombre y es el aislamiento fundamental para el control y diagnóstico.

Referencias bibliográficas

1. Carr D. Sharing research data and findings relevant to the novel coronavirus (COVID-19) outbreak. London: Wellcome Trust; 2020 [acceso 01/09/2020]. Disponible en: <https://wellcome.ac.uk/press-release/sharing-research-data-and-findings-relevant-novel-coronavirus-covid-19-outbreak>
2. Organización Mundial de la Salud. Noticias ONU. Los 13 desafíos de la salud mundial en esta década. Ginebra: OMS;2020 [acceso03/06/2020]. Disponible en: <https://news.un.org/es/search/Los%2013%20desaf%C3%ADos%20de%20la%20salud%20mundial%20en%20esta%20d%C3%A9cada>
3. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, *et al.* Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *NEJM*. 2020;382(1):1199-207.
4. Wu JT, Leung K, Leung GM. Nowcasting and forecasting the potential domestic and international spread of the 2019-nCoV outbreak originating in Wuhan, China: a modelling study. *Lancet*. 2020;395(10225):689-97.
5. Organización Mundial de la Salud. Declaración sobre la segunda reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional acerca del brote del nuevo coronavirus (2019-nCoV). Ginebra: OMS; 2020 [acceso 03/06/2020]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novelcoronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novelcoronavirus-(2019-ncov))
6. Organización Mundial de la Salud. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Situation report 42. Ginebra: OMS;2020 [acceso03/06/2020]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019/situation-reports>.
7. Llop A, Valdés MM, Zuazo JL. Microbiología y parasitología médicas. Coronavirus. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.
8. Forni D, Cagliani R, Clerici M, Sironi M. Molecular evolution of human coronavirus genomes. *Trends Microbiol*. 2017;25(1):35-48.
9. Organización Mundial de la Salud. Foco Técnico: Investigaciones epidemiológicas y clínicas precoces sobre la COVID-19 para una respuesta de salud pública. Ginebra: OMS; 2020[acceso03/06/2020]. Disponible en: https://www.who.int/docs/defaultsource/coronaviruse/200223-early-investigations-one-pager-v2spanish.pdf?sfvrsn=8aa0856_14
10. Lai CC, Shih TP, Ko WC, Tang HJ, Hsueh PR. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and corona virus disease-2019 (COVID-19): the epidemic and the challenges. *Internat J Antimicrob Agents*. 2020 [acceso12/06/2020];55(3). Disponible en: <https://pdf.sciencedirectassets.com>
11. Liu W, Zhang Q, Chen J, Xiang R, Song H, Shu S, *et al.* Detection of Covid-19 in children in early January 2020 in Wuhan, China. *NEJM*. 2020;382(14):1370-1.

12. Dong Y, Mo X, Hu Y, Qi X, Jiang F, Jiang Z, *et al.* Epidemiological characteristics of 2143 pediatric patients with 2019 coronavirus disease in China. *Pediatrics*. 2020;20(1):1-30.
13. Han Q, Lin Q, Jin S, You L. Coronavirus 2019-nCoV: A brief perspective from the front line. *J Infect*. 2020;80(4):373-7.
14. Sánchez JA, Arce L R, Rodríguez A. Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en América Latina: papel de la atención primaria en la preparación y respuesta. *Aten Prim*. 2020 [acceso 02/10/2020];52(6). Disponible en: <https://pdf.sciencedirectassets.com/>
15. Mengana E, Pérez Y, Portuondo D, Domínguez D, Álvarez R, Rodríguez Y. Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes pediátricos infectados por el coronavirus SARS-CoV-2 en Santiago de Cuba. *Rev Cubana Pediatr*. 2020 [acceso 02/09/2020];92(Suppl. 1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v92s1/1561-3119-ped-92-s1-e1177.pdf>
16. Hellewell J, Abbott S, Gimma A, Bosse NI, Jarvis CI, Russell TW, *et al.* Feasibility of controlling COVID-19 outbreaks by isolation of cases and contacts. *Lancet Global Health*. 2020;8(4):74-7.
17. Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *J Autoimm*. 2020;109(1):433.
18. Centers for Disease Control and Prevention. Information for pediatric healthcare providers. New York: CDCP; 2020 [acceso 02/10/2020]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/pediatric-hcp.html>
19. Yu H, Cai Q, Dai X, Liu X, Sun H. The clinical and epidemiological features and hints of 82 confirmed COVID-19 pediatric cases aged 0-16 in Wuhan, China. *MedRxiv*. 2020;183(3):1-10.
20. Lu X, Zhang L, Du H, Zhang J, Li YY, Qu J, *et al.* SARS-CoV-2 infection in children. *NEJM*. 2020;382(17):1663-5.
21. Shen K, Yang Y, Wang T, Zhao D, Jiang Y, Jin R, *et al.* Diagnosis, treatment, and prevention of 2019 novel coronavirus infection in children: experts' consensus statement. *J W Pediatrics*. 2020;16(3):223-31.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

Contribución de los autores

Tamara Sánchez Estrada, Jan O'neil González Ramos: idea conceptual, revisión de la literatura, redacción del artículo.

Nicolás Ramón Cruz Pérez: análisis estadístico.

Roxilena Manso Martín: revisión de la literatura.

Juan Carlos Yanes Macías, Arellys Crespo García: revisión crítica de la versión final.

Financiación

Hospital Pediátrico Universitario Paquito González Cueto. Cienfuegos. Cuba.