



Comunicación. Enfermedades infecciosas

La pandemia desde una consulta de Pediatría

Cristina Pellicer Viudes^a, Josefa Plaza Almeida^b, Antonina Bondarenko^c,
Natalia González Fajardo^a, Irene Romera Guarner^a, Pilar Carrascosa Rabadán^a

^aMIR-Pediatría. Hospital General de Albacete. España.

^bPediatra. CS Zona VIII. Albacete. España.

^cEnfermera especialista en Pediatría. CS Zona VIII. Albacete. España.

Publicado en Internet:
24-marzo-2022

Cristina Pellicer Viudes:

elcorreodecristinapellicerviudes@hotmail.es

INTRODUCCIÓN

Las características del SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus 2*) en Pediatría han ido cambiando a lo largo del tiempo y su evolución sigue siendo toda una incógnita. Por ello, es importante seguir realizando análisis epidemiológicos para mejorar nuestros conocimientos.

MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo en pacientes pediátricos en un cupo de un centro de salud diagnosticados de SARS-CoV-2 entre septiembre de 2020 hasta el 14 de enero de 2022.

Se incluyeron a todos los menores con edad igual o inferior a 18 años, recogiendo las siguientes variables: edad, prueba realizada (PCR o test rápido de antígenos), motivo por el que se realiza la prueba (síntomas compatibles o estudio de contactos), síntomas presentados y fecha del diagnóstico.

RESULTADOS

La población total objeto del estudio fue de 1227, presentando infección confirmada por SARS-CoV-2 195 niños (16%). Los grupos de edad de 6 a 11 años fueron los más contagiados.

En cuanto al motivo por el que se realizó la prueba diagnóstica, solo el 14% de los pacientes fue por síntomas compatibles con SARS-CoV-2 sin conocer contacto previo mientras que en el restante 86% fue por estudio de contactos, teniendo o no síntomas en el momento de la prueba o desarrollándolos posteriormente.

En un 88% la vía de contagio fue intrafamiliar. Solo el 7% tuvo lugar en centros escolares, un 4% a través del ámbito social y un 1% fue desconocido (fig. 1).

Respecto a la clínica, el 43% fueron asintomáticos y el otro 57% tuvieron síntomas leves siendo el más frecuente la clínica catarral, seguido de fiebre y cefalea (fig. 2). Solo un niño precisó hospitalización por un debut diabético coincidiendo con la infección.

Desde que iniciamos el estudio, observamos que la mayor incidencia ocurre en los periodos vacacionales de verano y navidad, observando la incidencia máxima en diciembre de 2021 y enero de 2022 coincidiendo con la nueva variante Ómicron (fig. 3).

CONCLUSIONES

Al contrario de la creencia inicial de que las escuelas aumentaban la transmisibilidad, motivando su cierre, demostramos que la mayor tasa de transmisión ocurre en el núcleo familiar, siendo la mayoría casos secundarios a contactos intrafamiliares y cursando con formas asintomáticas o leves. Con la variante Ómicron se abre un nuevo escenario. ¿Aumentará la transmisibilidad en la escuela?, ¿habrá casos de mayor gravedad?, ¿la vacunación de los niños conseguirá detener este aumento de incidencia? Debemos seguir alerta y realizar un seguimiento estrecho desde Atención Primaria.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

PCR: reacción en cadena de la polimerasa • SARS-CoV-2: *Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus 2*.

Cómo citar este artículo: Pellicer Viudes C, Plaza Almeida J, Bondarenko A, González Fajardo N, Romera Guarner I, Carrascosa Rabadán P. La pandemia desde una consulta de Pediatría. Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2022;(31):e71-e72.

Figura 1. Origen del contacto de los casos SARS-CoV-2 pediátricos

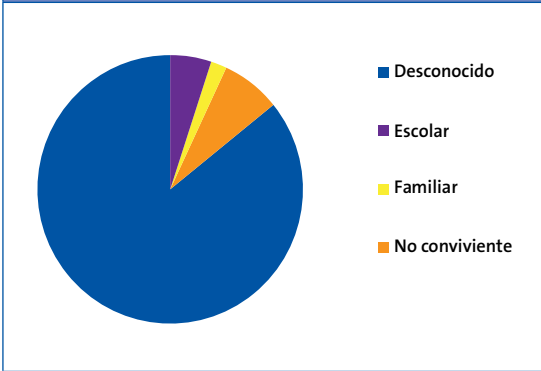


Figura 2. Síntomas presentados por los casos SARS-CoV-2 pediátricos

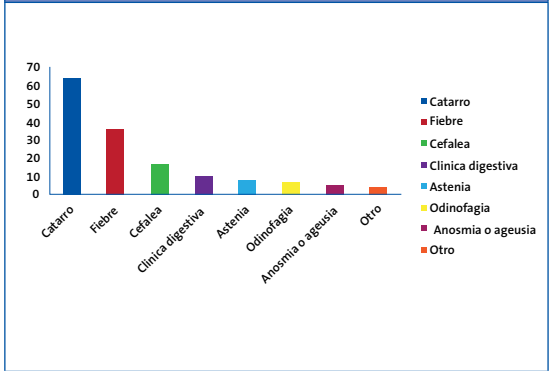


Figura 3. Evolución de los casos SARS-CoV-2 pediátricos

