Avances en Biomedicina
Publicación Oficial del Instituto de Inmunología Clínica
Mérida-Venezuela
Volumen 14(1), Enero-Junio 2025, p 39-46
Copyright: © ULA 2025
Depósito Legal: PPI201102ME3935
ISSN: 2477-9369
PII: S2477-9369(25)14006-R
https://doi.org/10.53766/AVANBIO/2025.14.1.06.

Covid 19: una perspectiva del cuadro clínico en pacientes pediátricos.

(Covid 19: a perspective of the clinical characteristics in pediatric patients)

Sarahí Alesi Carmona Ortega[1], Obed Lemus Rojero[2], Elsa Gabriela Chávez Guajardo[2], Jesús Alberto Luengo Fereira[1]✉, Heraclio Reyes Rivas[1]

[1] Programa de Especialidad en Odontopediatría, Unidad Académica de Odontología, Universidad Autónoma de Zacatecas, México.
[2] Programa de Licenciatura de Médico Cirujano Dentista, Unidad Académica de Odontología, Universidad Autónoma de Zacatecas, México.

Recibido: 16 de Febrero de 2025.
Aceptado: 22 de Junio de 2025.
Publicación online: 24 de Julio de 2025.

[Manuscrito de revisión]

PII: S2477-9369(25)14006-R

Resumen(español)

La infección por COVID-19, declarada pandemia mundial, afecta a todos los grupos de edad, si bien los niños representan un porcentaje bajo de infección, es importante mencionar que tienen un papel relevante en la transmisión del virus, por otro lado, se ha informado que los pacientes pediátricos tienden a generar un síndrome inflamatorio multisistémico que se encuentra asociado a COVID-19, dicho síndrome compromete la vida del paciente. El espectro y cuadro clínico de los pacientes pediátricos es muy variado y generalmente cursan con síntomas inespecíficos para la enfermedad, por ello, es importante determinar este cuadro de signos y síntomas en este grupo poblacional para distinguir cuando nos enfrentamos a un caso sospechoso o a un caso positivo, lo que ayudará a brindar atención temprana a pacientes que puedan presentar riesgo de sufrir complicaciones. El propósito de la presente revisión bibliográfica es dar a conocer el cuadro clínico del COVID-19 en pacientes pediátricos. Se concluye indicando que a pesar de que la infección por COVID-19 en niños representa un porcentaje muy bajo, es importante una mejora contínua en el conocimiento sobre la epidemiología, sintomatología y todo el cuadro clínico en relación al COVID-19 en los pacientes pediátricos, con el fin de prevenir síndromes más graves de la enfermedad y actuar a tiempo para la mejora del paciente.

Palabras clave(español)

COVID-19, SARS-CoV2, coronavirus, pandemia, pediatría, cuadro clínico.

Abstract (english)

COVID-19 infection, declared a global pandemic, affects all age groups. Although children represent a low percentage of infection, it is important to mention that they have a relevant role in the transmission of the virus. On the other hand, it has been reported that pediatric patients tend to develop a multisystem inflammatory syndrome that is associated with COVID-

✉ **Autor de correspondencia:** ***Jesús Alberto Luengo-Fereira***. Programa de Especialidad en Odontopediatría, Unidad Académica de Odontología, Universidad Autónoma de Zacatecas, México. Carretera a la Bufa S/N, Colonia Centro Zacatecas, Zac., México. Teléfono: +52-492-9229650. Código postal 98000. Email: jluengo@uaz.edu.mx

19, which is life-threatening. The spectrum and clinical characteristics of pediatric patients is varied and generally present with nonspecific symptoms for the disease. Therefore, it is important to determine this set of signs and symptoms in this population group to distinguish when we are facing a suspected case or a positive case, which will help provide early care to patients who may be at risk of complications. The purpose of this bibliographic review is to present the clinical characteristics of COVID-19 in pediatric patients. It is concluded by indicating that although COVID-19 infection in children represents a very low percentage, it is important to continuously improve knowledge about the epidemiology, symptoms, and the entire clinical characteristics in relation to COVID-19 in pediatric patients, in order to prevent more serious syndromes of the disease and act in time for the patient's improvement.

Keywords(english)

COVID-19, SARS-CoV2, coronavirus, pandemic, pediatrics, clinical characteristics.

Introducción

El año 2020 trajo consigo la aparición de un nuevo virus, el SARS-CoV-2, que es responsable de la enfermedad COVID-19, la cual se extendió desde China al resto de Asia, luego Europa y posteriormente hacia América. El primer caso reportado en México fue en febrero de 2020 (1). El COVID-19 es una enfermedad que puede provocar falla respiratoria aguda y alteraciones en otros sistemas del cuerpo humano, las cuales pueden producir la muerte. La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró ésta enfermedad infecciosa como pandemia (2).

Actualmente todavía existen muchas interrogantes sobre las características que la enfermedad causada por el nuevo coronavirus (COVID-19) genera en los niños, así como los factores que se encuentran asociados al desarrollo de formas graves de la enfermedad (3). Los niños tienden a presentar cuadros clínicos más leves o asintomáticos, con un espectro clínico de enfermedad predominantemente de tipo respiratorio, los casos reportados no superan el 3-6%, sin embargo, se describe a la población pediátrica como un grupo relevante en la transmisión comunitaria (1,4).

Se ha descrito que los niños menores de 10 años presentan una expresión de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2) significativamente más baja, éste es el receptor que el SARS-CoV-2 utiliza para entrar a la célula, en comparación con los mayores de 10 años, en los cuales va aumentando paulatinamente la expresión de ACE2, lo que podría explicar la razón de menos casos de infección en niños (1).

Si bien los niños no enferman como los adultos, éstos presentan un espectro clínico bastante amplio y heterogéneo que incluye fiebre, sintomatología respiratoria y/o gastrointestinal frecuente, el fenotipo más grave y característico corresponde al Síndrome inflamatorio multisistémico asociado a COVID-19 (SIM-C), donde el cuadro clínico es similar a la enfermedad de Kawasaki y/o shock tóxico (1,5).

Contexto histórico

A finales de diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan (China), se reportaron una serie de casos los cuales cumplían con criterios para neumonía de etiología desconocida y de características graves, observado en pacientes que tenían como comun denominador el haber estado en contacto con cierto tipo de animales que se comercializaban en un mercado popular de dicha ciudad. De manera inmediata el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (China), inició una investigación epidemiológica, estableciendo como primera medida el cierre del mercado al público. Por su parte Zhu y cols., a traves de un estudio de muestras de lavado bronco alveolar de tres pacientes mediante el uso de reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR) y cultivo viral, identificaron un nuevo virus, al cual se le nombró provisionalmente “nuevo coronavirus 2019” (nCoV-2019). Para principios de enero del 2020 Centro Chino para el Control y Prevención de Enfermedades informó el descubrimiento del nuevo coronavirus, y posteriormente dieron a conocer la secuencia genómica del nCoV-2019, con el proposito de lograr identificar nuevos casos en diversas regiones del pais y asi desarrollar pruebas diagnósticas. De igual manera durante este periodo se registró la primera defunción en China, iniciando la cuarentena en diversas ciudades, estableciendose medidas de control en medios de transporte aéreos y terrestres nacionales e internacionales (6-9). Seguidamente, la OMS decretó la infección por nCoV-2019 una emergencia de salud pública internacional. En el mes de febrero 2020 se cambió el nombre de la enfermedad oficialmente a COVID-19 (coronavirus disease) después del análisis genómico de las secuencias del virus es SARS-CoV-2. El

11 de marzo, la OMS la decreta como pandemia mundial (6,7,8,10).

Agente Causal y Características Estructurales

Dentro de los tipos de coronavirus se identifican cuatro géneros (alfa, beta, delta y gamma), siendo los tipos alfa y beta los principales con capacidad de infectar a los seres humanos, pudiendo provocar desde un refriado común hasta llegar a infecciones graves o severas (Síndrome Respiratorio del Oriente Medio – MERS; y el Síndrome Respiratorio Agudo Grave - SARS) (11-13). El principal causante del SARS-CoV-2 es un nuevo virus de ARN monocatenario (+ssRNA), lo cual significa que no se replica usando ADN intermedio. Se encuentra dentro de la familia Coronaviridae del género Betacoronavirus. Tiene forma esférica con un diámetro de 60 nm a 100 nm y unas proteínas en forma de punta (proteínas de espiga), las cuales se proyectan desde su superficie, de aquí deriva su nombre, ya que asemejan una corona solar (11-14).

El SARS-CoV-2 se encuentra envuelto en una bicapa lipídica que se deriva de la membrana de la célula hospedadora y está constituido por cuatro proteínas estructurales: la proteína espiga ("S"; forma las puntas homotrimétricas en la superficie de la partícula viral, es responsable del ingreso del virus a las células hospedadoras), membrana ("M"; es la más abundante y es responsable de la forma), envoltura ("E"; responsable de la liberación de las partículas virales de las células hospedadoras, se encuentra en pequeñas cantidades. Junto con la proteína M, orquestan el ensamblaje del virus y la formación de envolturas virales maduras), nucleocápside ("N"; localizado en el núcleo, es el encargado de dar forma. Se encarga del empaquetamiento del ARN viral durante su ensamblaje), y la hemaglutinina esterasa ("HE"; se encuentra presente en la superficie de algunos coronavirus como el SARS-CoV-2. Potencia el ingreso a las células huésped y la patogénesis de los coronavirus) (Figura 1) (13,15). Se ha establecido que el SARS-CoV-2 utiliza la enzima convertidora de angiotensina 2 del receptor del huésped (ACE2) (1).

Epidemiología

Se ha indicado que los casos en pacientes infantiles oscilan entre 0.8 y 2% del total de casos reportados. Aunque los niños generalmente enferman y cursan con síntomas leves, estos representan una fuente de transmisión de virus. Para abril de 2020, los menores de 18 años representaban 1.7% del total de casos y la tasa de mortalidad era de 0.1% (16). Algunos datos reflejan que los niños y adolescentes representan menos del 2% de los casos sintomáticos con tasas de hospitalización que van de 0.6 a 20% y una tasa de mortalidad de 0 a 4% (17,18). De acuerdo a diversos reportes de la enfermedad en pacientes pediatricos,

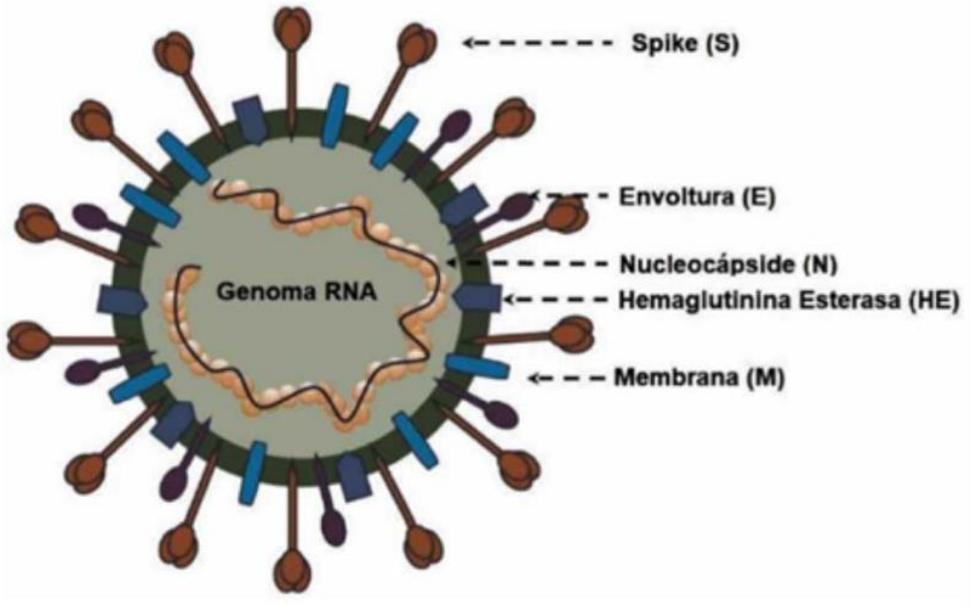


Figura 1. Forma y estructura del virión de SARS-CoV-2 (30).

90% de los casos se han clasificado como asintomáticos, 58% con enfermedad leve y 19% moderada. Por otro lado, en relación a la gravedad, 1% ha presentado enfermedad severa y 1% enfermedad crítica, en ambos casos se encontraban asociadas a comorbilidades (13,19).

El promedio de nuevos casos que se pueden desarrollar a partir de un caso de coronavirus (periodo infeccioso) oscila entre 2.24 y 3.58, es decir, una persona puede llegar a infectar entre 2 a 4 personas, lo cual indica que la infección puede propagarse rápida y ampliamente entre la población (13).

Fisiopatología

El virus utiliza la enzima convertidora de angiotensina 2 (ECA2) como receptor funcional para su ingreso a la célula; esta enzima es una proteína de membrana expresada en diferentes órganos como pulmón (neumocitos tipo 2), corazón, riñón e intestino y se encuentra asociada a enfermedades cardiacas. Una vez que el virus ingresa a la célula, el ARN viral es liberado en el citoplasma y es trasladado dentro de poliproteínas y proteínas estructurales donde ocurre su replicación, este nuevo recubrimiento proteico, se fusiona con la membrana plasmática fomentando la liberación del virus de la célula. Una vez el virus dentro de la célula, sus antígenos son presentados a las células presentadoras de antígeno (CPA), para seguidamente presentar a los antígenos al complejo mayor de histocompatibilidad (CMH), y así poder ser reconocidos por los linfocitos T citotóxicos específicos, este evento conduce a la estimulación de la inmunidad celular y humoral mediada por linfocitos B y T (específicos para el virus), por medio de la producción de diversas inmunoglobulinas (principalmente M y G). Los niveles de IgM se normalizan hacia la decimo segunda semana, mientras que los niveles de IgG pueden durar por mucho más tiempo. La infección viral es capaz de producir una gran cantidad de citoquina, conllevando a un importante daño celular. Esta alarmante liberación de citoquinas, origina un síndrome de inflamación sistémica, caracterizado por fiebre y disfunción orgánica múltiple, característico de la COVID-19. La causa más frecuente de muerte en estos pacientes es el Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda (SDRA), donde uno de sus principales mecanismos, es la liberación exagerada de células inflamatorias, citoquinas pro-inflamatorias (IFN-α, IFN-γ, IL1b, IL-6, IL-12, IL-18, IL-33, FNT-α, FNT-β) y quimiocinas (CCL2, CCL3, CCL5, CXCL8, CXCL9, CXCL10) (20,21).

Se ha discutido sobre las hipotéticas causas etiológicas por las que la COVID-19 afecta menos a los niños. La primera, se basa en la menor presencia de ECA2 en los pulmones de los pacientes pediatricos. La segunda, indica que el daño endotelial previo puede facilitar e incrementar la respuesta inflamatoria al SARS-CoV-2, sin embargo, en niños sanos el daño endotelial previo es prácticamente ausente. La tercera, propone que la inmunidad innata está estimulada en niños por la adquisición de infecciones virales comunitarias y por el esquema de vacunación (16,20).

Cuadro clínico

La infección por SARS-CoV-2 tiene un espectro clínico variable, este va desde casos asintomáticos, sintomáticos, hasta casos graves con peligro de muerte inminente por SDRA, arritmia y shock (22). Comúnmente, los pacientes no presentan síntomas respiratorios específicos o que pudieran sugerir la enfermedad en cuestión, por lo general se observan síntomas generales, esto dificulta el diagnóstico. Inicialmente, los niños pueden presentar síntomas inespecíficos como: fiebre, tos seca, fatiga, cefalea/irritabilidad, congestión nasal y rinorrea (14,16,23).

Después de la primera semana de evolución pueden observarse síntomas como diarrea, cianosis, hiporexia/disminución de la ingesta, hipoactividad, rechazo al alimento, náuseas y vómito. Los niños menores de un año y que padecen asma o inmunosupresión, pueden cursar con un cuadro severo o crítico (22). Desde otro enfoque, la enfermedad puede desarrollarse a traves de dos fases: la primera, desencadenada por el virus, y la segunda, dada por la respuesta del hospedero (22,24):

1. ***Enfermedad leve***: predominan los síntomas inespecíficos como tos, fiebre, dolor faríngeo, congestión nasal, malestar general, cefalea y dolor muscular.

2. ***Enfermedad moderada***: los pacientes presentan tos, falta de aire, dificultad respiratoria y taquipnea.

3. ***Enfermedad grave***: se presenta el síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), puede ser de inicio súbito, pudiendo empeorar el cuadro posterior a 7-10 días de evolución.

Con el fin de tener criterios homogéneos la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica la enfermedad en (19,25):

• ***Infección asintomática***: niños con prueba positiva para SARS-CoV-2, pero sin evidencia de síntomas clínicos o de alteraciones radiológicas.

• ***Enfermedad leve***: presenta infección de vías respiratorias superiores. Síntomas inespecíficos como fiebre, fatiga, tos (con o sin expectoración), dolor de garganta, anorexia, malestar general, dolores musculares, disnea, congestión nasal, cefalea y mialgias. También pueden llegar a presentar, aunque con menor frecuencia, nausea y vomito. Los pacientes tienen un tiempo de recuperación entre una y dos semanas.

• ***Enfermedad moderada-neumonía***: en el caso de los adolescentes, pueden cursar con o sin fiebre. Presenta datos de neumonía no severa como tos, aumento en la frecuencia respiratoria; no hay necesidad de administrar oxígeno. Por otro lado, en los niños, existen datos de neumonía no severa (tos, dificultad para respirar, respiración acelerada y tiraje intercostal).

• ***Enfermedad severa (neumonía severa):*** en adolescentes, se observan datos clínicos de neumonía (fiebre, tos, disnea, aumento en la frecuencia respiratoria), esto más uno de los siguientes signos: frecuencia respiratoria mayor a 30 respiraciones por minuto, insuficiencia respiratoria severa, saturación de oxígeno menor de 90%. En el caso de los niños, se observan datos cínicos de neumonía (tos o dificultad para respirar), más alguno de los siguientes datos: cianosis, saturación de oxígeno menor a 90%, dificultad respiratoria (quejido, taquipnea), apneas intermitentes, datos de alarma (intolerancia a la vía oral, signos de deshidratación, alteración del estado de conciencia, como somnolencia, letargo o coma, crisis convulsivas y respiraciones rápidas.

• ***Enfermedad critica***: aunque la hospitalización de pacientes pediátricos no es común, existen casos reportados en donde fue necesario ingresarlos a hospitales. Una identificación temprana, nos permite optimizar el tratamiento de soporte y el ingreso temprano a la unidad de cuidados intensivos.

Es importante prestar atención a algunos signos, tales como: disnea, fiebre elevada y persistente (3 a 5 días), alteración del estado de conciencia (pobre respuesta a estímulos, letargo), factores de riesgo (edad menor de 3 meses, cardiopatía congénita, neumopatía crónica, inmunosupresión, cáncer, malnutrición, patología neurológica previa), imagen radiológica (infiltrados broncoalveolares uni o bilaterales, multilobares, derrame pleural), acidosis metabólica inexplicable, elevación anormal de enzimas (miocárdicas, hepáticas y deshidrogenasa láctica), datos clínicos de hipoperfusión y lactato elevado.

• ***SDRA en el paciente pediátrico:*** puede observarse manifestación súbita o días después del inicio de la infección o como parte de mala evolución de síntomas respiratorios. Se manifiesta con una alteración en la oxigenación (insuficiencia respiratoria, hipoxémica). Se ha descrito que la aparición de una forma inusual del síndrome hiperinflamatorio en la población pediátrica, se le ha denominado Síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico (PMIS), el cual comparte características con otras condiciones inflamatorias pediátricas, como la enfermedad de Kawasaki (EK), síndromes de shock tóxico estreptocócico y estafilocócico, sepsis bacteriana y síndrome de activación de macrófagos. Puede ocurrir en días o incluso semanas después de la enfermedad aguda por COVID-19 (8). El cuadro de este síndrome se caracteriza por fiebre persistente asociada a hipotensión y compromiso multisistémico a nivel cardiaco, renal, gastrointestinal, hematológico, dermatológico o neurológico. También puede presentarse conjuntivitis no purulenta, linfadenopatías, erupción cutánea y edema de manos y pies, por último, otras manifestaciones pueden ser dolor abdominal, diarrea, emesis, cefalea y confusión (14).

Menores con alta susceptibilidad a enfermedad grave por covid-19

La mayoría de los niños que enferman de COVID-19 cursan asintomáticos o presentan síntomas leves, ciertos niños pueden llegar a enfermar gravemente a causa de este virus, incluso podrían requerir hospitalización, cuidados intensivos o necesitar de un respirador. Dentro de la población infantil, los menores de 1 año podrían ser más propensos a enfermar gravemente, de igual manera, otros niños que independientemente de su edad presenten alguna de las siguientes afecciones subyacentes podrían tener mayor riesgo de agravarse en comparación a otros: asma o enfermedades pulmonares crónicas; diabetes; afecciones genéticas, neurológicas o metabólicas; enfermedad de células falciformes; enfermedades cardiacas congénitas; inmunodepresión; obesidad (26).

Diagnóstico

El método de referencia para establecer el diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 es a través de la técnica de Biología Molecular, RT-PCR (reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa). La infección induce la generación de anticuerpos que en su

mayoría se dirigen a la proteína N de la nucleocápside viral y pueden ser detectados en suero alrededor del día 4 (posterior a la aparición de la enfermedad) y hacia el día 14 muchos de los pacientes presentan seroconversión. Sin embargo, con respecto a los anticuerpos, debe tenerse en cuenta que pueden dar resultados negativos las muestras tomadas en fases muy tempranas, antes de la seroconversión. No debe descartarse la posibilidad de infección, a pesar de obtener resultados negativos en los estudios de laboratorio. De igual manera, pueden obtenerse resultados falsos positivos por reacciones cruzadas con otros virus. La toma de muestra para análisis se debe realizar preferentemente entre los días 3 y 5 de la fecha de inicio de los signos/síntomas en pacientes sintomáticos. Para el estudio de anticuerpos en pacientes sintomáticos es de 14 días luego de la aparición de los síntomas, y para aquellos cuyo estudio de PCR es positivo se consideran 14 días posteriores al estudio. Es importante conocer la interpretación de la PCR para SARS-CoV-2 (Tabla 1) (8,27).

De acuerdo con Don y cols., (27,28) en pediatría se definen los casos como

"Casos sospechosos", cuando un paciente con alto riesgo presenta dos de las siguientes condiciones:

• Fiebre, síntomas respiratorios o síntomas digestivos.

• Prueba de laboratorio: glóbulos blancos normal o disminuidos, o linfocitos bajos, o aumento en los niveles de la proteína C reactiva.

• Imágenes anormales en radiografía de tórax.

Por otra parte, en las situaciones donde un caso sospechoso cumpliera con cualquiera de los criterios anteriores, entonces se define como: "Casos confirmados", debiendo cumplir para esto cualquiera de los siguientes criterios:

• RT-PCR positivo para SARS-CoV-2, en muestras de hisopados nasales y/o faríngeos o en muestras de sangre.

• Secuenciación genética de las muestras del tracto respiratorio o sangre altamente homologa con SARS-CoV-2.

Otros exámenes que pueden emplearse son (29):

• Exámenes de sangre: Se justifican en pacientes que se hospitalizan, calificados como graves (neumonía con requerimientos de oxígeno), o en pacientes con patología de base que puedan descompensarse a consecuencia de la infección. En estos casos, se deben realizar estudios como: electrólitos (en plasma), hemograma (completo), deshidrogenasa láctica, creatinina y nitrógeno ureico, y procalcitonina (si existe la sospecha de sobreinfección bacteriana).

• Radiografía de tórax: se recomienda en aquellos casos donde exista la sospecha de neumonía, o también cuando el paciente presente polipnea, taquipnea o saturación baja de oxígeno.

• Scanner pulmonar (TAC): Aun cuando no está indicado rutinariamente en urgencias, puede ser de ayuda en aquellos pacientes más graves, con compromiso radiológico indeterminado o poco evidente.

Tratamiento

• Aislamiento y medidas de higiene: Los pacientes con examen RT-PCR positivo, deben mantenerse aislados por 14 días en casa o hasta que sus síntomas hayan desaparecido. Durante el tiempo de aislamiento, no puede haber visitas en casa. Idealmente el niño deberá permanecer en una habitación con baño individual. Si esto no es posible, mantener un

Tabla. 1. Interpretación de valores de PCR y Anticuerpos para SARS-Cov2 (8).

PCR	IgM	IgG	Interpretación
+	-	-	El paciente se encuentra en el periodo inicial de la infección, aún no se producen anticuerpos o se encuentran niveles muy bajos.
+	+	-	El paciente está en la fase activa de la infección, e inició la producción de anticuerpos.
+	+	+	El paciente todavía se encuentra en la fase activa de la infección, con progresión en la producción de anticuerpos.
+	-	+	El paciente se encuentra en la fase tardía de la infección, o desarrolló una infección recurrente.
-	+	-	El paciente puede estar en la etapa temprana de la infección, con falso positivo de la PCR o falso negativo de IgG.
-	+	+	El paciente se encuentra en la fase tardía de la infección, o el PCR es falso negativo.
-	-	+	El paciente se recuperó o presenta anticuerpos de memoria por una infección en el pasado o presenta IgG falso positivo.

distanciamiento de al menos un metro y realizar limpieza de baño antes que un tercero lo use, con amonio cuaternario o cloro al 0,1% (20 cc de cloro doméstico con 1.000 cc de agua). Todo aquel que esté al cuidado del paciente o cercano a él debe portar una mascarilla quirúrgica. El lavado de manos será antes y después de estar con el niño, utilizar toalla exclusiva (idealmente secarse con toalla de papel). La ropa se acumula y coloca en bolsa, para luego ser lavada aparte. Los platos y cubiertos deben ser exclusivos para los pacientes. Los pañales deben ser colocados en bolsas, para luego ser eliminados en basura, siempre manipularlos con guantes, inmediatamente debe lavarse bien las manos. El aseo de la habitación debe ser diario, con cloro o productos con amonio cuaternario. Es importante mencionar que no está contraindicada la lactancia materna (28,30).

• Tratamiento de soporte: El cuadro respiratorio o febril debe ser tratado en forma similar a cualquier otro paciente. Si hay fiebre, se aconseja uso de paracetamol como primera opción. Deben mantenerse las medidas habituales de hidratación y realizar aseo nasal, si es estrictamente necesario (el cuidador siempre debe portar mascarilla, y usar guantes en este procedimiento, lavarse las manos después de atender al niño).

• Tratamiento en urgencias del niño grave y crítico: la valoración del paciente por el médico de urgencia es clave para lograr tratar a tiempo y adecuadamente los casos con mayor nivel de gravedad (28).

Conclusiones

La enfermedad COVID-19 ha traído consigo un reto muy grande para lograr identificarla, ya que en ocasiones puede cursar asintomática o con síntomas muy leves e inespecíficos. En el caso de los niños, el espectro clínico es muy variado, y aunque un porcentaje de ellos cursa de manera asintomática, es importante tener en cuenta y conocer su cuadro clínico, esto ayudará a dar un tratamiento temprano y efectivo. De igual manera, aunque los niños representen un porcentaje muy bajo en el número de contagios que esta enfermedad va dejando, es importante tomar en cuenta que este grupo poblacional tiene un papel importante en la transmisión del virus, por ello, hay que estar alerta a los signos y síntomas que pudieran hablarnos de un probable caso sospechoso y tomar las medidas correspondientes.

Conflictos de interés

Ninguno que declarar.

Referencias

1. Torres J, O'Ryan M. El COVID-19 y las 3 "P": Pandemia, Pediatría y su impacto en el País. Rev Chil Pediatr 2020; 91: 322-3. [PubMed] [Google Scholar]
2. Arellano A, Hernández A. COVID-19 en niños y adolescentes mexicanos hasta el 10 de mayo de 2020. Enfoque en pacientes con diabetes. Rev Mex Endocrinol Metab Nutr 2020; 7: 80-6. [Google Scholar]
3. Storch P, Leoz I, Andina D, Flores P, Villalobos E, Silvia S, Jiménez R. Espectro clínico y factores de riesgo de enfermedad complicada en niños ingresados con infección por SARS-CoV-2. An Pediatr 2020; 93: 323-33. [PubMed] [Google Scholar]
4. De Coll L, Zamudio M, Nuñez H, Bernal R, Schult S, Ccorahua M. Síndrome inflamatorio multisistémico asociado a COVID-19 en niños: serie de casos en un hospital pediátrico de Perú. Rev Perú Med Exp Salud Pública 2020; 37: 559-65. [PubMed] [Google Scholar]
5. Cofré F, Mackenney J, Poli C, Riquelme M, Carvajal C, Álvarez P. Espectro clínico de la infección en niños por virus SARS-CoV-2 en un centro de referencia pediátrico en plena pandemia. Reporte del Comité Clínico COVID, Hospital de Niños Roberto del Río, Santiago Chile. Rev Chil Infecto 2020; 37: 756-61. [PubMed] [Google Scholar]
6. Da Silva J. El nuevo coronavirus y el riesgo para la salud de los niños. Rev Latino-Am Enfermagem 2020; 28: 3320. [Google Scholar]
7. Muñoz O, Solórzano F. COVID-19 pandemic: a different behavior in children. Bol Med Hos Infant Mex 2020; 77: 219-20. [PubMed] [Google Scholar]
8. Morel Z, Buongermini A, Martínez C, Zacur M, Ramírez L, Lezcano M. Manifestaciones Extra pulmonares de la infección por SARS-CoV-2 en Pediatría. Revisión. An Fac Cienc Méd (Asunción) 2020; 53: 87-104. [Google Scholar]
9. Aragón R, Vargas I, Miranda M. COVID-19 por SARS-CoV-2: la nueva emergencia de salud. Rev Mex Pediatr 2019; 86: 213-8. [Google Scholar]
10. Nemeth M, Matus C, Carrasco R. Manifestaciones Orales de la Infección por COVID-19. Int J Odontostomat 2020; 14: 555-60. [Google Scholar]
11. Paz L, Peralta Y, Cabrera M, Figueroa E, Reyes C. Enfermedad por la COVID-19 en pacientes pediátricos de Pinar del Río. Rev Ciencias Médicas. 2020; 24: 4509. [Google Scholar]
12. Bustos R. Síndrome inflamatorio multisistémico asociado con SARS-CoV-2 en pediatría. Rev Chil Pediatr 2020; 91: 646-7. [Google Scholar]
13. Palacios M, Santos E, Velázquez M, León M. COVID-19, Una emergencia de Salud

Pública Mundial. Rev Clin Esp 2021: 221: 55-61. [PubMed] [Google Scholar]

14. Naranjo Y. Síndrome inflamatorio multisistémico en niños con COVID-19: una visión desde la reumatología. Rev Colomb Reumatol. 2020; 28: 289-99. [PubMed] [Google Scholar]
15. Accinelli RA, Zhang Xu CM, Ju Wang JD, Yachachin-Chávez JM, Cáceres-Pizarro JA, Tafur-Bances KB, Flores-Tejada RG, Paiva-Andrade ADC. COVID-19: la pandemia por el nuevo virus SARS-CoV-2. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2020; 37: 302-11. [PubMed] [Google Scholar]
16. Rojas O, Pavón A, Cisnero L, Escalona S. Aspectos generales de la COVID- 19 en pacientes pediátricos. Rev Med Militar. 2020; 49(3). [Google Scholar]
17. Morilla L, Morel Z, Pavlicich V. Características clínicas de los pacientes pediátricos con COVID-19 en un departamento de emergencia. Pediatr (Asunción). 2020; 47: 124-31. [Google Scholar]
18. Martínez C, Ramos P, Vidaltamayo R. Coronavirus, diagnóstico y estrategias epidemiológicas contra COVID-19 en México. Educ quím 2020; 31: 12-9. [Google Scholar]
19. Márquez M, Gutiérrez A, Lizárraga S, Muñoz C, Ventura S, Zárate P, González L, López A, Palma R, Reyes A. Espectro clínico de COVID-19, enfermedad en el paciente pediátrico. Acta Pediatr Mex 2020; 41: 64-71. [Google Scholar]
20. Llaque P. Infección por el nuevo coronavirus 2019 en niños. Rev Perú Med Exp Salud Pública 2020; 37: 335-40. [PubMed] [Google Scholar]
21. Martínez J, Medeiros M. Infección por SARS-CoV-2 en pediatría y sus implicaciones en el trasplante renal. Rev Mex Traspl 2020; 9: 200-5. [Google Scholar]
22. Díaz J, Interian M, López I, Yanes C, Peregrín D. Aspectos clínico-epidemiológicos en 36 niños cubanos con COVID-19. Rev Cubana Pediatr 2020; 92: 1261. [Google Scholar]
23. Montaño V, Pacheco D, Vázquez J, Labra M, Fuentes Y, Sámano M, Miranda M. Manejo clínico de casos pediátricos de COVID-19. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. COVID-19. 2020; 58: 246-59. [PubMed] [Google Scholar]
24. Abarca B, Vargas J, García J. Caracterización patogénica, clínica y diagnóstica de la pandemia por SARS-CoV-2. Rev Chil Infectol 2020; 37: 265-75. [Google Scholar]
25. World Health Organization. Clinical Management of COVID-19. Interim guidance 2020. [Google Scholar]
26. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. COVID-19 en niños y adolescentes. Información para padres y cuidadores acerca del COVID-19 en niños y adolescentes. 2021. [Google Scholar]
27. Giuseppe G, Terán C, Martínez A, Volz A. Covid-19, una mirada desde la pediatría. Gac Med Bol 2020; 43: 56-66. [Google Scholar]
28. Ruiz S, Sánchez A, Dermith E. Atención del paciente pediátrico con COVID- 19 en consultorio y manejo ambulatorio. Med Int Méx 2020; 36: 82-5. [Google Scholar]
29. Concha I, Fernández C, Hirsch T, Prado F, Morales V, Pezoa A. Diagnóstico y tratamiento de pacientes COVID-19 en Urgencia Pediátrica. Guía para esta pandemia. Rev Chil Pediatr 2020; 91: 35-42. [Google Scholar]
30. Pastrian G. Bases Genéticas y Moleculares del COVID-19 (SARS-CoV-2). Mecanismos de Patogénesis y de Respuesta Inmune. Int J Odontostomat. 2020; 14: 331-7. [Google Scholar]

Como citar este artículo. Carmona Ortega SA, Lemus Rojero O, Chávez Guajardo EG, Luengo Fereira JA, Reyes Rivas H. Covid 19: una perspectiva del cuadro clínico en pacientes pediátricos. ***Avan Biomed*** 2025; 14: 39-46.

Avances en Biomedicina se distribuye bajo la Licencia CreativeCommons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4. 0 Venezuela, por lo que el envío y la publicación de artículos a la revista son completamente gratuitos.

https://qr.me-qr.com/FUh4IvMA