

Factores asociados con resultados positivos de la prueba de SARS-CoV-2 en instalaciones de salud ambulatoria y servicios de emergencia, en niños y adolescentes <18 años - Mississippi, septiembre-noviembre de 2020

Charlotte V. Hobbs, MD¹; Lora M. Martin, MSN^{1,2}; Sara S. Kim, MPH³; Brian M. Kirmse, MD¹; Lisa Haynie, PhD²; Sarah McGraw, MSN^{1,2}; Paul Byers, MD⁴; Kathryn G. Taylor, MD⁴; Manish M. Patel, MD³; Brendan Flannery, PhD³; CDC COVID-19 Response Team

MMWR, CDC, 18 de diciembre, 2020.

Resumen

¿Qué se sabe ya del tema? Las exposiciones comunitarias y de contactos cercanos contribuyen a la propagación de COVID-19.

¿Qué agrega este informe? Entre los niños y adolescentes <18 años de Mississippi, el contacto estrecho con personas con COVID-19, las reuniones con personas fuera del hogar, y la falta de uso constante de mascarillas en la escuela, se asociaron con la infección por SARS-CoV-2, mientras que el asistir a la escuela o al cuidado infantil no se asoció con recibir resultados positivos de la prueba del SARS-CoV-2.

¿Cuáles son las implicaciones para la práctica de la salud pública? Los contactos cercanos con personas con COVID-19 y en reuniones contribuyen a las infecciones por SARS-CoV-2 en niños y adolescentes. El uso constante de máscaras faciales y el distanciamiento social continúan siendo importantes para prevenir la propagación del COVID-19.

El 15 de diciembre de 2020, este informe se publicó como un lanzamiento anticipado de MMWR en el sitio web de MMWR (<https://www.cdc.gov/mmwr>).

Al 14 de diciembre de 2020, los niños y adolescentes <18 años representaban el 10,2% de los casos COVID-19 notificados en los Estados Unidos. * Las estrategias de mitigación para prevenir la infección por SARS-CoV-2, el virus que causa el COVID-19 entre las personas de todas las edades, son importantes para el control de la pandemia. La caracterización de los factores de riesgo de infección por SARS-CoV-2 en niños y los adolescentes puede aportar información a los esfuerzos de los padres, escuelas, administradores de programas y funcionarios de salud pública para reducir la transmisión del SARS-CoV-2. Para evaluar a la escuela, a la comunidad y a las exposiciones de contacto cercano asociadas con el COVID-19 pediátrico, se realizó un estudio de casos y controles para comparar exposiciones reportadas por los padres o tutores de los niños y adolescentes <18 años con infección por SARS-CoV-2 confirmada por prueba de RT-PCR (casos-pacientes) con exposiciones informadas entre aquellos que recibieron resultados negativos de la prueba de RT-PCR del SARS-CoV-2 (participantes control). Entre 397 niños y adolescentes investigados, con asistencia en persona a la escuela o al cuidado infantil, ≤14 días antes de que se informara la prueba de SARS-CoV-2 para el 62% de los pacientes y el 68% de los participantes de control, no se asoció con un resultado positivo de la prueba del SARS-CoV-2 (razón de probabilidades ajustada [aOR] = 0,8, intervalo de confianza del 95% [IC] = 0,5–1,3). Entre 236 niños de ≥2 años que asistieron a la guardería o la escuela durante las 2 semanas anteriores a la prueba de SARS-CoV-2, los padres del 64% de los casos-pacientes y el 76% de los participantes de control informaron que su hijo

y todos los miembros del personal llevaban máscaras dentro de la instalación (ORa = 0,4, IC del 95% = 0,2-0,8). En las 2 semanas anteriores a la prueba de SARS-CoV-2, los casos-pacientes que tenían más probabilidades de haber tenido un contacto cercano con una persona con COVID-19 conocido (ORa = 3,2, IC del 95% = 2,0–5,0), habían asistido a reuniones[†] con personas fuera de su hogar, incluidas las funciones sociales (ORa = 2,4, IC del 95% = 1,1–5,5) o actividades con otros niños (ORa = 3,3, IC del 95% = 1,3-8,4), o haber tenido visitas en su casa (Ora=1.9, 95% IC = 1,2-2,9), que los participantes control. Los contactos cercanos con personas con COVID-19 y las reuniones contribuyeron a las infecciones por SARS-CoV-2 en los niños y adolescentes. El uso constante de máscaras, el distanciamiento social, el aislamiento de personas infectadas y la cuarentena de quienes están expuestos al virus siguen siendo importantes para prevenir Propagación de COVID-19.

Esta investigación incluyó a niños y adolescentes de <18 años que se sometieron a pruebas de presencia de SARS-CoV-2 en muestras de hisopado nasofaríngeo por RT-PCR en los centros de atención médica para pacientes ambulatorios (incluidos los lugares de prueba en el vehículo) o departamentos de emergencia asociados con la Universidad de Mississippi Medical Center (UMMC) durante el 1 de septiembre al 5 de noviembre de 2020 (1). Un caso de COVID-19 fue confirmado por un resultado positivo de la prueba de RT-PCR del SARS-CoV-2. Después de excluir resultados de RT-PCR no concluyentes, las listas de niños y adolescentes con un registro médico electrónico de una prueba de SARS-CoV-2 dentro de los períodos de estudio, se ordenaron aleatoriamente por resultado de laboratorio.

Los niños con resultados negativos de la prueba de RT-PCR del SARS-CoV-2 fueron emparejados en frecuencia con el número de casos-pacientes inscriptos por grupo de edad (0 a 3, 4 a 8, 9 a 14 y 15 a 17 años), sexo y fecha del intervalo de la prueba (del 1 al 24 de septiembre, del 22 de septiembre al 18 de octubre y 14 de octubre al 5 de noviembre de 2020), § con un tamaño de muestra objetivo de 150 casos-pacientes y el doble de participantes de control que casos-pacientes por estrato. En total, 896 niños potencialmente elegibles (290 con resultados de prueba positivos y 606 con resultados de prueba negativos para el SARS-CoV-2) se identificaron y telefonaron un promedio de 32 días después de la prueba de SARS-CoV-2. En total, 494 padres o tutores no pudieron ser contactados o se negaron, y cinco fueron excluidos porque el niño había sido hospitalizado con COVID-19, dejando 397 participantes, incluyendo 154 casos-pacientes (prueba de SARS-CoV-2 positiva resultados) y 243 participantes de control (resultado de la prueba de SARS-CoV-2 negativa). Entrevistadores capacitados administraron entrevistas estructuradas en inglés o español (tres entrevistas) por teléfono e ingresaron los datos en el software REDCap (2). Este proyecto no se consideró una práctica de investigación de salud pública por el CDC y la Junta de Revisión Institucional de la Universidad del Centro Médico de Mississippi, y se realizó en conformidad con la ley federal aplicable y la política de los CDC.

Los datos recopilados incluyeron características demográficas de los participantes, síntomas, contacto cercano (dentro de los 6 pies durante ≥ 15 minutos) con una persona con COVID-19 conocido, asistencia a escuela o guardería y exposiciones familiares o comunitarias ≤ 14 días antes la prueba SARS-CoV-2. Para los participantes que asistieron en persona a la escuela o cuidado infantil, se preguntó a los padres o tutores sobre la frecuencia de uso de mascarillas entre los estudiantes y los miembros del personal dentro de la instalación. También se preguntó a los padres sobre la frecuencia del uso de máscaras y el distanciamiento social por parte del niño y entre otras personas presentes para cada exposición comunitaria. Se realizaron análisis estadísticos y descriptivos para comparar casos-pacientes con los

participantes de control, evaluando las características y diferencias demográficas, de exposición a la escuela, la comunidad y contactos cercanos. Se utilizaron modelos de regresión logística, que tienen en cuenta el sexo, el grupo de edad, y la raza/ etnia del niño, para estimar las OR y los IC del 95%, comparar las probabilidades de exposición entre casos-pacientes y control- participantes. En cada modelo, el resultado de la prueba SARS-CoV-2 (es decir, positivo o negativo) fue la variable de resultado, y cada respuesta de exposición fue la variable predictora. Los análisis estadísticos fueron realizados utilizando el software SAS (versión 9.4; SAS Institute).

Entre los 397 participantes, 82 (21%) tenían <4 años, 214 (54%) eran mujeres, 217 (55%) eran negros no hispanos y 145 (37%) eran blancos no hispanos (**Tabla**). Los participantes fueron testeados en centros de salud para pacientes ambulatorios (78%) o departamentos de emergencias (22%); El 53% se hizo la prueba porque experimentaba síntomas; los casos-pacientes tenían más probabilidades que los participantes de control de ser testeados debido al contacto cercano con un caso de COVID-19 (66% versus 41%) ($p < 0.01$). En general, los casos-pacientes eran más propensos a haber tenido contacto cercano con una persona con COVID-19 conocido que los participantes de control (ORa = 3,2, IC del 95% = 2,0-5,0); 64% de los contactos cercanos de casos-pacientes y 48% de los de control los participantes eran miembros de la familia ($p = 0,02$), mientras que los de la escuela o compañeros de clase de cuidado infantil, fueron reportados como contactos cercanos para el 15% y 27%, respectivamente ($p = 0,04$). La asistencia en persona a escuela o guardería ≤ 14 días antes de la prueba de SARS-CoV-2 fue reportado por el 62% de los casos-pacientes y el 68% de los participantes de control, y no se asoció con un resultado positivo de la prueba de SARS-CoV-2 (aOR = 0.8, IC del 95% = 0,5-1,3). Entre 236 niños de ≥ 2 años que asistieron a la guardería o la escuela durante las 2 semanas antes de la prueba de SARS-CoV-2, los padres del 64% de los casos-pacientes y del 76% de los participantes de control informaron que su hijo y todos los miembros del personal usaban máscaras dentro de la instalación (ORa = 0,4, IC del 95% = 0,2-0,8).

En comparación con los participantes de control, los casos-pacientes era más probable que haya asistido a reuniones con personas ajenas a su hogar, incluidas las funciones sociales (ORa = 2,4, IC del 95% = 1,1-5,5), actividades con niños (ORa = 3,3, IC del 95% = 1,3-8,4), o que hubieran tenido visitas en su casa (ORa = 1,9, IC del 95% = 1,2-2,9) durante los 14 días antes de la prueba de SARS-CoV-2 (Figura); 27% de todos los padres cuyos hijos asistieron a reuniones sociales informaron el uso de máscaras por parte de todas las personas presentes y el 46% refirió adherencia al distanciamiento social, mientras que el 16% y el 39%, respectivamente, informaron el uso de máscaras y distanciamiento al recibir visitas en el hogar.

* <https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#demographics>. Edad <18 años = 1.207.363 (10,2%) de 11.886.368 casos con grupo de edad disponible.

† A los encuestados se les preguntó "¿Asistió su familia / convivientes a alguna reunión social con otras personas que no vivieran en su hogar (como bodas, funerales, fiestas, celebraciones, etc.)?" y "¿Asistió su hijo a alguna reunión (10 o más niños) fuera del hogar o la escuela (como fiestas de cumpleaños, citas para jugar, etc.) "

§ La superposición de fechas resultó del enfoque utilizado para crear las tres listas; se eliminaron los duplicados.

¶ Se determinó que la actividad cumpliera con los requisitos de vigilancia de la salud pública como se define en 45 CFR 46.102 (l) (2).

TABLE. Characteristics of children and adolescents aged <18 years who received positive and negative SARS-CoV-2 test results (N = 397)* — Mississippi, September–November 2020

Characteristic	No. (%)		P-value [†]
	Case-patients (n = 154)	Control-participants (n = 243)	
Age group, yrs			0.17
<4	38 (25)	44 (18)	
4–8	28 (18)	62 (26)	
9–14	60 (39)	101 (42)	
15–17	28 (18)	36 (15)	
Sex			0.32
Male	68 (44)	115 (47)	
Female	86 (56)	128 (53)	
Race/Ethnicity (missing = 20)			0.15
Black, non-Hispanic	92 (62)	125 (55)	
Hispanic	4 (3)	2 (1)	
Other, non-Hispanic	2 (1)	7 (3)	
White, non-Hispanic	50 (34)	95 (41)	
Clinical setting			0.97
Emergency department	34 (22)	54 (22)	
Outpatient	120 (78)	189 (78)	
Reason for SARS-CoV-2 testing[‡]			
Felt unwell	86 (56)	123 (51)	0.31
Close contact with COVID-19 case	101 (66)	99 (41)	<0.01
Required for school/day care	1 (1)	14 (6)	0.01
Previous close contact with a person with known COVID-19 (missing = 10)	104 (69)	100 (42)	<0.01
Relationship to close contact with known COVID-19[§] (n = 204)			
Family member	67 (64)	48 (48)	0.02
Friend	8 (8)	15 (15)	0.10
School classmate	16 (15)	27 (27)	0.04
Household size, mean (SD)	4.5 (1.3)	4.4 (1.5)	0.21
Residence type (missing = 11)			0.37
Single family home	119 (78)	196 (84)	
Apartment building	28 (18)	31 (13)	
Group home	5 (3)	7 (3)	
School or child care exposure ≤14 days before SARS-CoV-2 test[¶] (missing = 7)			0.24
In classroom or child care	95 (62)	161 (68)	
At home	58 (38)	76 (32)	
Among participants attending school or child care (n = 256)[¶]			
Days per week, mean	4.6 (0.9)	4.5 (1.0)	0.24
Hybrid model with some days at home	18 (19)	36 (23)	0.46
>10 students per classroom	60 (76)	96 (72)	0.45
Indoor school activities	17 (19)	29 (19)	1.00
Community exposure ≤14 days before SARS-CoV-2 test^{**}			
Social gatherings	17 (11)	13 (6)	0.04
Sporting events or concerts	26 (18)	46 (20)	0.62
Religious services	19 (13)	42 (18)	0.16
Child gatherings (e.g., birthday parties, playdates)	14 (9)	9 (4)	0.03
Travel with others	8 (5)	7 (3)	0.26
Visitors in home	61 (42)	72 (31)	0.05
Restaurants	29 (20)	37 (16)	0.35
Household member working in health care with patient contact	36 (24)	50 (21)	0.62

Abreviaturas: COVID-19 = enfermedad por coronavirus 2019; SD = desviación estándar.

* Encuestados que completaron la entrevista y un promedio de 32 días después de la fecha de la prueba de su hijo.

† Valor de p para la comparación de las características de los casos-pacientes con los participantes de control utilizando el texto exacto de Fisher o la prueba de chi-cuadrado de Pearson para variables categóricas o la prueba de suma de rangos de Wilcoxon para variables continuas.

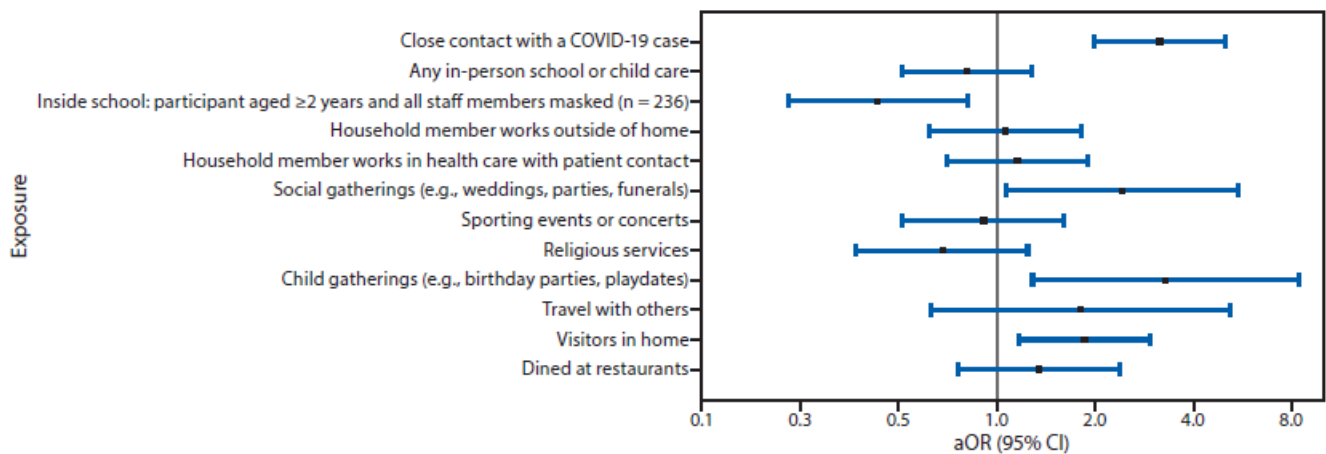
‡ Los padres pueden dar más de una respuesta.

¶ Las preguntas sobre la asistencia a la escuela y la participación en deportes o actividades relacionadas con la escuela fueron "¿Asistió su hijo a la escuela en persona (toda la semana, parte de la semana [tiempo parcial virtual], no asistió en la semana [todo virtual])" (faltante = 6); "¿Cuántos días a la semana asistía su hijo a la guardería / escuela fuera del hogar?"; "Los días en que el niño asistió a la guardería / escuela en persona, estaba el aula (menos de la mitad (<5 estudiantes), más de la mitad (5-10 estudiantes), completa (aproximadamente 10 estudiantes), más que llena (> 10 estudiantes); las respuestas fueron dicotomizadas como más que completo (sí / no)"; "¿Participó su hijo en actividades de interior relacionadas con la escuela como coro, banda, clubes, etc.?" (fal ta = 9); "¿Participó su hijo en algún deporte de interior como baloncesto, voleibol, etc.?" (faltante = 4). La asistencia a la escuela o la guardería se dicotomizó como ≥1 día en las últimas 2 semanas o ninguno. Para respuestas afirmativas sobre la

participación del niño en actividades deportivas o relacionadas con la escuela, se pidió a los padres que especificaran las actividades.

** Las preguntas de exposición comunitaria que se hicieron en referencia a las 2 semanas antes de la prueba de SARS-CoV-2 del niño fueron "¿Asistieron su familia / convivientes a alguna reunión social con otras personas que no viviera en su casa (como bodas, funerales, fiestas, celebraciones, etc.)?" (faltante = 15); "¿Asistieron su familia / miembros de su hogar a algún evento deportivo o concierto?" (faltante = 14); "¿Asistió su familia / convivientes a reuniones o servicios religiosos con 10 o más personas que no viven con usted?" (faltante = 12); "¿Asistió su hijo a alguna reunión (10 o más niños) fuera del hogar o la escuela (como fiestas de cumpleaños, citas para jugar, etc.)" (faltante = 14); "¿Viajó su familia / convivientes con otras personas / familias que no vivan contigo?" (falta = 10); "¿Recibiste visitas en tu casa?" (faltante = 21); "¿Su familia / convivientes comieron en restaurantes?" (faltante = 21); "¿Es usted o alguien en el hogar un proveedor de atención médica que proporciona contacto directo con el paciente?" (faltante = 10). Para cada respuesta afirmativa, se preguntó a los encuestados si la actividad se llevó a cabo dentro o fuera, si las personas presentes en el evento estaban enmascaradas (todos, algunos, nadie), y si se observaba distanciamiento social.

FIGURE. Adjusted odds ratios (aORs)* and 95% confidence intervals (CIs) for close contact, school or child care, and community exposures† associated with confirmed COVID-19 among children and adolescents aged <18 years (N = 397) — Mississippi, September–November 2020



Abreviatura: COVID-19 = enfermedad por coronavirus 2019.

* Las razones de probabilidad se estimaron utilizando modelos de regresión logística ajustando por sexo, grupo de edad y raza/etnia.

† Las preguntas sobre contacto cercano, escuela o cuidado infantil y exposición comunitaria que se hicieron en referencia a las 2 semanas antes de la prueba del SARS-CoV-2 del niño fueron "¿El niño tuvo contacto cercano con otra persona con COVID-19 confirmado?"; "¿Asistió su hijo a la escuela en persona (toda la semana, parte de la semana [tiempo parcial virtual], ninguno de la semana [todo virtual])" (falta = 6); "¿Su hijo usó una máscara adentro en la guardería / escuela? (todo el tiempo, algunas veces, ninguna)?" (faltante = 15); "Los maestros / el personal de la guardería / escuela de su hijo usan una máscara en el interior (todo el tiempo, algunas veces, ninguna)?" (faltante = 15); "¿Su familia / convivientes asistieron a reuniones sociales con otras personas que no viven en su hogar (como bodas, funerales, fiestas, celebraciones, etc.)" (falta = 13); "¿Tu familia / miembros de su hogar asisten a eventos deportivos o conciertos?" (faltante = 12); "¿Asistió su familia / convivientes a reuniones o servicios religiosos con 10 o más personas que no viven contigo?" (faltante = 11); "¿Asistió su hijo a alguna reunión (10 o más niños) fuera del hogar o la escuela (como cumpleaños fiestas, citas para jugar, etc.)?" (faltante = 12); "¿Su familia / convivientes viajó con otras personas / familias que no viven con usted?" (faltantes = 8); "Recibió usted visitantes en su casa?" (faltante = 19); "¿Su familia / convivientes comieron en restaurantes?" (faltante = 19); "¿Es usted o alguien en el hogar un proveedor de atención médica que proporciona contacto directo con el paciente?" (faltante = 8). Para cada respuesta afirmativa, se preguntó a los encuestados si la actividad se llevó a cabo dentro o fuera, si otras personas en el evento estaban usando máscara (todos, algunos o nadie) y si se observaba distanciamiento social. El uso de mascarillas dentro de la escuela por parte del niño y todo el personal dicotomizado como todo el tiempo (para ambas preguntas) versus todas las demás respuestas.

Discusión

En esta investigación, los niños y adolescentes, que recibieron los resultados positivos de la prueba para el SARS-CoV-2, tenían más posibilidades que los participantes de edad similar que tenían resultados de prueba negativos, de haber informado un contacto cercano con una persona con COVID-19, y era menos probable que hayan informado el uso de mascarillas por parte de estudiantes y miembros del personal dentro de las instalaciones escolares.

Entre los participantes con contacto cercano con una persona con COVID-19, los contactos cercanos de los casos-pacientes eran más probable fueran miembros de la familia, y menos probable fueran compañeros de clase de la escuela o en la guardería, que los de los participantes de control. Asistir a la escuela o cuidado de niños en persona, durante las 2 semanas previas de la prueba de SARS-CoV-2, no se asoció con una mayor probabilidad de un resultado positivo de la prueba del SARS-CoV-2. La mayoría de los encuestados informó el uso de mascarilla universal dentro de las instalaciones de la escuela y del lugar de cuidado infantil, según lo recomendado por el Departamento de Salud del Estado de Mississippi, ** aunque los padres de los casos-pacientes, tenían menos probabilidades que los de los participantes de control, de informar el uso constante de máscaras en interiores entre su hijo ≥ 2 años y miembros del personal.

Los esfuerzos para reducir el COVID-19 en familias y en las comunidades, además de las estrategias de mitigación en las escuelas y los programas de cuidado infantil, son importantes para prevenir la transmisión a los niños y adolescentes. †† Con una incidencia creciente de COVID-19 y diversos comportamientos en todo el país, las investigaciones oportunas para identificar las actividades asociadas con la transmisión del SARS-CoV-2 puede informar estrategias de mitigación específicas a nivel local.

Entre los niños y adolescentes con COVID-19, 69% informó haber tenido contacto cercano con una persona con COVID-19, similar a hallazgos previos entre niños y adultos (3-5). La mayoría de las exposiciones por contacto cercano fueron con miembros de la familia, consistentes con la transmisión domiciliar de SARS-CoV-2 (6-8). Menos (42%) niños que recibieron un resultado negativo en la prueba del SARS-CoV-2 informaron haber tenido contacto cercano con una persona con COVID-19 conocido.

Para ayudar a retrasar la propagación del SARS-CoV-2, las personas expuestas a alguien con COVID-19 deben quedarse en casa, además de seguir las recomendaciones de usar máscaras, mantener las distancias, y lavarse las manos con frecuencia. ^{§§} Si un familiar u otro contacto cercano está enfermo, se pueden tomar medidas de prevención adicionales para reducir la transmisión, como el uso de máscaras, no compartir comidas y el uso de artículos de limpieza y desinfección del hogar, y uso de guantes para aquellos con y sin COVID-19 conocido. ^{¶¶}

Los hallazgos de este informe están sujetos a al menos cuatro limitaciones. Primero, la muestra incluyó 397 niños y adolescentes evaluados durante septiembre-noviembre de 2020 en centros de salud asociados con un gran centro médico académico en Mississippi y puede no ser representativo de niños y adolescentes en otras áreas geográficas de los Estados Unidos. Además, los padres de los niños elegibles que no pudieron ser contactados o que se negaron a participar podrían ser sistemáticamente diferentes de aquellos que fueron entrevistados para esta investigación. En segundo lugar, es posible una confusión no medida, tal que los comportamientos informados puedan representar factores, incluida la participación simultánea en actividades en las que las posibles exposiciones pudieron haber tenido lugar,

que no fueron incluidos en el análisis o medidas en el estudio. La mayoría de los encuestados estaban al tanto de los resultados de la prueba del SARS-CoV-2 cuando se realizaron las entrevistas, semanas después de la prueba, factor que podría haber influido en las respuestas de los padres. En tercer lugar, el informe de los padres sobre la frecuencia de uso de la máscara no se verificó en escuelas y programas de cuidado infantil.

Por último, el estado del caso o control puede estar sujeto a una clasificación errónea, debido a la imperfecta sensibilidad o especificidad de las pruebas basadas en PCR.

Esta investigación destaca las diferencias en la comunidad y en las exposiciones de los contactos cercanos y el uso de mascarillas en la escuela entre niños y adolescentes, que recibieron un resultado de una prueba de SARS-CoV-2 positiva, y aquellos que recibieron un resultado de una prueba de SARS-CoV-2 negativa, durante el comienzo del año académico 2020-21 en Mississippi. Los esfuerzos continuos para prevenir la transmisión en las escuelas y los programas de cuidado infantil son importantes, al igual que las evaluaciones de varios tipos de actividades y exposiciones para identificar los factores de riesgo para el COVID-19, cuando los niños participan en interacciones sociales y en el aula (9,10). Las exposiciones y actividades, en las que es menos probable que las personas mantengan el uso de máscaras y el distanciamiento social, incluyendo las reuniones familiares y actividades grupales, puede ser un factor de riesgo importante de infección por SARS-CoV-2 en niños y adolescentes.

Promover comportamientos para reducir la exposición al SARS-CoV-2 entre niños y adolescentes en el hogar y la comunidad, así como en escuelas y programas de cuidado infantil, es necesario para prevenir brotes de COVID-19 en escuelas *** y guarderías, y ralentizar la propagación de COVID-19.

** https://msdh.ms.gov/msdhsite/_static/resources/9917.pdf.

++ <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/schools-childcare/index.html>.

§§ <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/disinfecting-your-home.html>.

¶¶ <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/if-you-are-sick/index.html>;

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/if-you-are-sick/quarantine.html>.

Referencias

1. Inagaki K, Garg P, Hobbs CV. SARS-CoV-2 positivity rates among children of racial and ethnic minority groups in Mississippi. *Pediatrics* 2020. Epub October 28, 2020. PMID:33115793 <https://doi.org/10.1542/peds.2020-024349>
2. Harris PA, Taylor R, Minor BL, et al.; REDCap Consortium. The REDCap consortium: building an international community of software platform partners. *J Biomed Inform* 2019;95:103208. PMID:31078660 <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2019.103208>
3. Marshall K, Vahey GM, McDonald E, et al.; Colorado Investigation Team. Exposures before issuance of stay-at-home orders among persons with laboratory-confirmed COVID-19—Colorado, March 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:847–9. PMID:32614809 <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6926e4>
4. Tenforde MW, Billig Rose E, Lindsell CJ, et al.; CDC COVID-19 Response Team. Characteristics of adult outpatients and inpatients with COVID-19—11 academic medical centers, United States, March–May 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:841–6. PMID:32614810 <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6926e3>

5. Fisher KA, Tenforde MW, Feldstein LR, et al.; IVY Network Investigators; CDC COVID-19 Response Team. Community and close contact exposures associated with COVID-19 among symptomatic adults ≥ 18 years in 11 outpatient health care facilities—United States, July 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:1258–64. PMID:32915165 <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6936a5>
6. Grijalva CG, Rolfes MA, Zhu Y, et al. Transmission of SARS-CoV-2 infections in households—Tennessee and Wisconsin, April–September 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:1631–4. PMID:33151916 <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6944e1>
7. Lewis NM, Chu VT, Ye D, et al. Household transmission of SARS-CoV-2 in the United States. *Clin Infect Dis* 2020. Epub August 16, 2020. PMID:33185244 <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1166>
8. Lei H, Xu X, Xiao S, Wu X, Shu Y. Household transmission of COVID-19—a systematic review and meta-analysis. *J Infect* 2020;81: 979–97. PMID:32858069 <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.08.033>
9. Leeb RT, Price S, Sliwa S, et al. COVID-19 trends among school-aged children—United States, March 1–September 19, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:1410–5. PMID:33001869 <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6939e2>
10. Coronado F, Blough S, Bergeron D, et al. Implementing mitigation strategies in early care and education settings for prevention of SARS-CoV-2 transmission—eight states, September–October 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:1868–72 <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6949e3>. PMID:33301431