Arch Argent Pediatr. 2026;124(3):e202510958

COVID prolongado en niños y adolescentes: incidencia y características clínicas en Buenos Aires, 2021-2023

Gabriela A. Fernández[1,2], *María S. G. Baratta*[1,2], *Diana S. Klajn*[1]

RESUMEN

Introducción. El COVID prolongado afecta aproximadamente al 8,5 % de la población pediátrica y adolescente postinfección por SARS-CoV-2, y la vacunación podría reducir su incidencia.

Objetivos. Determinar la incidencia de COVID prolongado en niños y adolescentes de 5 a 18 años, describir síntomas y duración, analizar diferencias por edad y sexo, estimar reinfecciones y ausentismo escolar, y evaluar su relación con la vacunación.

Población y métodos. Estudio de cohorte prospectivo realizado entre el 1 de agosto de 2021 y el 1 de febrero de 2023. Para el cálculo de incidencia, se incluyeron pacientes con COVID-19 atendidos en un hospital general de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; para la caracterización se incorporaron, además, casos derivados de otros centros. Se realizó análisis descriptivo y comparativo, estimando incidencia con IC95%; se utilizó STATA 14.0 (p <0,05). Estudio aprobado por el Comité de Ética.

Resultados. De 496 pacientes, se incluyeron 475 y se excluyeron 21 por comorbilidades graves. La incidencia de COVID prolongado fue del 7,79 % (IC95% 5,37-10,21). Los afectados presentaron mayor edad media (12,57 vs. 11,20 años; p = 0,02) y mayor incidencia en no vacunados o parcialmente vacunados (11,48 % vs. 5,48 %; p = 0,018). Los síntomas más frecuentes fueron fatiga, tos y mialgias.

Conclusión. La incidencia de COVID prolongado fue comparable a la reportada en otras series pediátricas. Se observó una menor incidencia en niños y adolescentes con esquemas de vacunación completos y la fatiga fue la manifestación clínica más frecuente. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de continuar generando evidencia.

Palabras clave: *COVID-19; síndrome post agudo de COVID-19; pediatría; vacunas contra el COVID-19.*

doi (español): http://dx.doi.org/10.5546/aap.2025-10958
doi (inglés): http://dx.doi.org/10.5546/aap.2025-10958.eng

Cómo citar: Fernández GA, Baratta MSG, Klajn DS. COVID prolongado en niños y adolescentes: incidencia y características clínicas en Buenos Aires, 2021-2023. *Arch Argent Pediatr.* 2026;124(3):e202510958.

[1] *Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina;* [2] *Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.*

Correspondencia para *Gabriela A. Fernández: gabrielafernandez1189@gmail.com*

Financiamiento*: Ninguno.*

Conflicto de Intereses*: Ninguno que declarar.*

Recibido*: 9-11-2025*
Aceptado*: 15-1-2026*

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.
Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original.
No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.
Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

INTRODUCCIÓN

La condición post-COVID-19, o COVID prolongado en niños y adolescentes, es un síndrome clínico complejo y heterogéneo con antecedente de infección confirmada o probable por SARS-CoV-2. Se caracteriza por la persistencia de síntomas durante al menos dos meses, con inicio dentro de los tres meses posteriores a la infección aguda, y con impacto en el funcionamiento cotidiano.[1,2]

En 2023, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó una definición clínica consensuada de la condición post-COVID-19 en niños y adolescentes, que complementa la definición establecida en 2021 para la población general.[2]

A diferencia de la fase aguda, el COVID prolongado en población pediátrica presenta un curso fluctuante o recidivante y manifestaciones multisistémicas, con potencial compromiso funcional. Su fisiopatología no se encuentra completamente dilucidada; sin embargo, se han propuesto mecanismos como la persistencia viral o antigénica, la disregulación inmunológica con inflamación crónica de bajo grado, la autoinmunidad postinfecciosa, la disfunción endotelial y microvascular, y la alteración del sistema nervioso autónomo, los cuales podrían explicar la heterogeneidad clínica y la persistencia de los síntomas. La ausencia de biomarcadores específicos y la variabilidad clínica refuerzan la necesidad de estudios basados en definiciones estandarizadas en población pediátrica.[1-3]

La incidencia estimada de COVID prolongado en niños y adolescentes varía entre el 5 % y el 20 %, con una incidencia promedio cercana al 8,5 % según metaanálisis recientes.[4-6] Los síntomas persistentes más frecuentes incluyen fatiga, cefalea, dificultad para concentrarse, alteraciones del sueño y disnea, los cuales pueden afectar la calidad de vida, incluso tras cuadros agudos leves o asintomáticos.[7-9] Estudios previos describen una mediana de edad de 12 años, predominio femenino y una elevada proporción de pacientes con síntomas persistentes hasta 120 días después de la infección.[6-8]

La persistencia de los síntomas puede dificultar la reintegración escolar y la actividad física habitual, con aumento del ausentismo escolar y de la demanda de atención médica, e impacto en la salud mental y el bienestar general.[8-11]

La vacunación contra COVID-19 ha demostrado reducir la incidencia de COVID prolongado en todas las edades y, en población pediátrica, se asocia con menor duración y gravedad de los síntomas persistentes.[12-16]

Si bien la evidencia internacional sobre COVID prolongado se ha fortalecido, en América Latina y particularmente en Argentina los datos disponibles continúan siendo limitados, con escasos estudios en población pediátrica, lo que destaca la necesidad de generar mayor evidencia.[17-20]

El objetivo principal del presente estudio fue estimar la incidencia y describir las características clínicas del COVID prolongado en niños y adolescentes de 5 a 18 años atendidos en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. De forma complementaria, se analizaron los síntomas persistentes y su duración, las diferencias según edad y sexo, las tasas de reinfección y ausentismo escolar, la relación con el estado vacunal y el impacto percibido en las actividades cotidianas, con el fin de aportar evidencia local que contribuya a una comprensión integral del COVID prolongado en población pediátrica.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y analítico de cohorte prospectivo entre el 1 de agosto de 2021 y el 1 de febrero de 2023. Para estimar la incidencia de COVID prolongado, se incluyeron de forma consecutiva niños y adolescentes de 5 a 18 años con diagnóstico de COVID-19 confirmado por RT-PCR, prueba de antígeno o criterio clínico-epidemiológico, atendidos en forma ambulatoria en un hospital general de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (cohorte hospitalaria). Se excluyeron los pacientes cuyos padres, cuidadores o tutores no comprendieran el idioma español, y/o aquellos con comorbilidades graves, a criterio del investigador (*Material complementario 1*).

Los casos incluidos fueron seguidos mediante entrevistas telefónicas durante los tres meses posteriores al alta epidemiológica, utilizando una encuesta estructurada basada en el instrumento ISARIC, adaptada al contexto local, para identificar la aparición, persistencia o resolución de síntomas compatibles con COVID prolongado según la definición de la OMS.[2] El instrumento y los dominios evaluados se describen en material complementario.

Se adoptó la definición de la OMS para población pediátrica, considerando COVID

prolongado la persistencia de síntomas durante al menos dos meses, con inicio dentro de los tres meses posteriores a la infección aguda por SARS-CoV-2.[2] En términos operativos, el diagnóstico se estableció a las 12 semanas desde el inicio de los síntomas, en ausencia de una causa alternativa.

El seguimiento incluyó contactos telefónicos predefinidos a las 4, 8 y 12 semanas luego del inicio de síntomas, lo que permitió una identificación sistemática de los casos. Los pacientes que permanecieron sintomáticos a las 12 semanas, según criterios clínicos establecidos (*Material complementario 1 y 2*), fueron clasificados como casos de COVID prolongado e invitados a realizar seguimiento clínico presencial, previa firma del consentimiento informado.

Asimismo, se incorporaron pacientes con diagnóstico confirmado de COVID prolongado derivados de otros centros de salud para ampliar la caracterización clínica y evolutiva (pacientes externos). En todos los casos que cumplieron la definición y otorgaron su consentimiento, el seguimiento se extendió hasta los 12 meses posteriores al alta epidemiológica.

En los pacientes incluidos, se registraron edad, sexo, comorbilidades, signos y síntomas físicos y psicoemocionales persistentes, duración del cuadro, resultados de laboratorio y estudios complementarios básicos, así como el tipo y número de dosis de vacunas recibidas. El estado de vacunación contra COVID-19 se clasificó según las recomendaciones vigentes durante el período 2021-2023, al momento de la infección, en esquema completo (dos dosis), incompleto (una dosis) y no vacunados, sin considerar dosis de refuerzo debido a su incorporación progresiva en población pediátrica durante el período de estudio.[21]

Todos los pacientes fueron evaluados mediante estudios clínicos y funcionales básicos; se solicitaron exámenes complementarios según los hallazgos clínicos.

Asimismo, se evaluó la calidad de vida relacionada con la salud mediante la escala PedsQL, como aproximación a la percepción del estado de salud, y se describió el ausentismo escolar.[22]

Los datos fueron registrados en un formulario en línea *ad hoc* y consolidados en una base de datos para su revisión, depuración y análisis estadístico.

Análisis estadístico

Las variables numéricas se describieron mediante media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico, según su distribución; y las variables categóricas, mediante frecuencias absolutas y relativas. Se estimó la incidencia de COVID prolongado con su intervalo de confianza del 95 % (IC95%). La incidencia se comparó entre vacunados y no vacunados mediante prueba de χ^2. Las características demográficas se compararon entre pacientes con y sin COVID prolongado utilizando prueba de la *t* de Student o prueba de Mann-Whitney para variables continuas, y prueba de χ^2 o prueba exacta de Fisher para variables categóricas, según correspondiera. En todos los análisis se utilizó un nivel de significación de 0,05 y se verificaron los supuestos de cada prueba. El análisis estadístico se realizó con el *software* STATA versión 14.0.

Consideraciones éticas

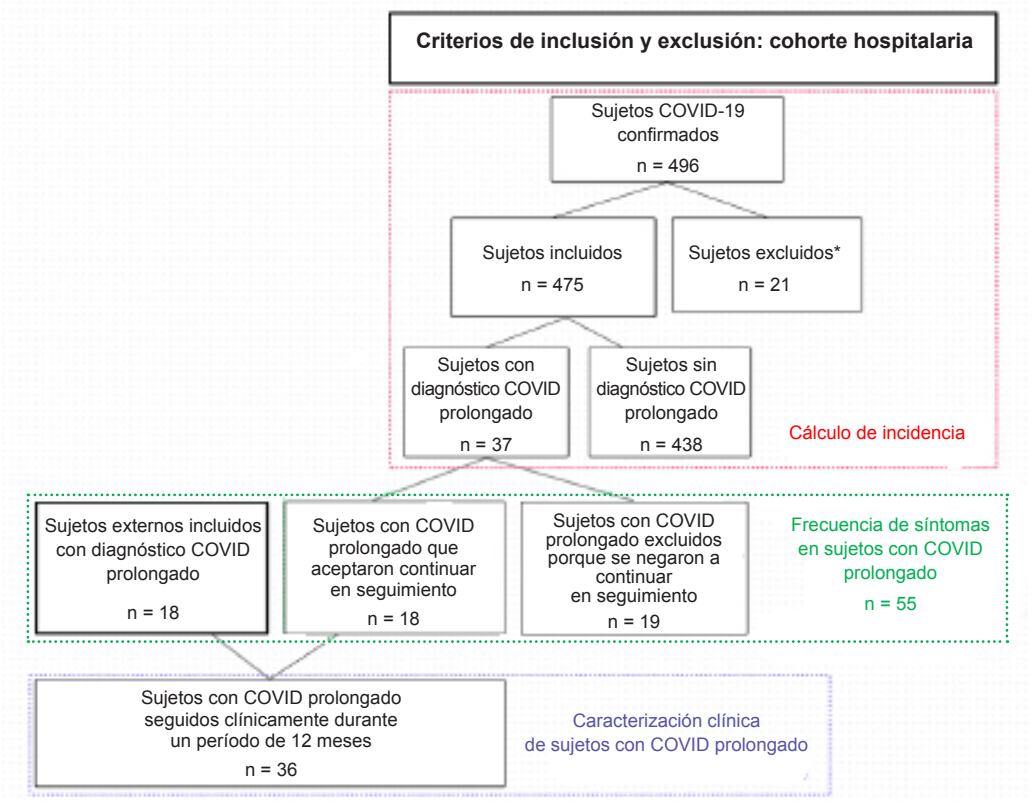
La investigación se realizó de acuerdo con las normas éticas nacionales e internacionales vigentes, la Declaración de Helsinki y sus enmiendas, y las regulaciones del Ministerio de Salud de la Nación Argentina. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética institucional y por la Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Todos los participantes otorgaron consentimiento informado y, cuando correspondió, asentimiento. La documentación fue registrada en la Plataforma de Registro Informatizado de Investigaciones en Salud de Buenos Aires (PRIISA.BA); se respetaron en todo momento las buenas prácticas clínicas (ICH E6) y la confidencialidad de los datos.

RESULTADOS

Cálculo de incidencia

De 496 pacientes evaluados, se incluyeron 475 y se excluyeron 21 por comorbilidades graves. La cohorte hospitalaria estuvo conformada por niños y adolescentes de 5 a 18 años con diagnóstico de COVID-19 atendidos en forma ambulatoria en un hospital general de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con una edad media de 11,38 años; ninguno presentó comorbilidades graves preexistentes (*Figura 1*). Treinta y siete pacientes cumplieron criterios de COVID prolongado,[2] lo que corresponde a una incidencia del 7,79 % (IC95% 5,37-10,21). Los afectados presentaron mayor edad media que

Figura 1. Flujograma. Criterios de inclusión y exclusión



**Se excluyeron 21 sujetos por presentar comorbilidades graves, a criterio del investigador.*
Fuente: Elaboración propia. Buenos Aires. Argentina.

los no afectados (12,57 vs. 11,20 años; *p* = 0,02) (*Tabla 1*). Asimismo, la incidencia de COVID prolongado fue menor en pacientes vacunados en comparación con no vacunados (5,48 % vs. 11,48 %; *p* = 0,018) (*Tabla 2*).

Frecuencia de síntomas en sujetos con COVID prolongado

Además de los 37 pacientes con COVID prolongado reclutados en la cohorte hospitalaria, se incorporaron 18 pacientes derivados de

Tabla 1. Edad según presencia de COVID prolongado en cohorte hospitalaria (n = 475)

	COVID prolongado (n = 37)	Sin COVID prolongado (n = 438)	*p*-valor
Edad en años, media (DE)	12,57 (3,25)	11,20 (3,46)	*0,02*

DE: desviación estándar.
No se observaron diferencias por sexo.
Fuente: Elaboración propia. Buenos Aires. Argentina.

Tabla 2. Incidencia de COVID prolongado según vacunación completa en cohorte hospitalaria (n = 475)

COVID prolongado	Vacunación completa (n = 292)	Vacunación incompleta/ausente (n = 183)	*p*-valor
Presente, n (%)	16 (5,48)	21 (11,48)	0,018

Vacunación completa: 2 dosis.
Vacunación incompleta: 1 dosis.
Fuente: Elaboración propia. Buenos Aires. Argentina.

otros centros que cumplieron la definición de caso (pacientes externos). La *Tabla 3* resume la frecuencia de síntomas en el total de sujetos con COVID prolongado (n = 55). La edad media fue de 12,87 años (DE 3,32); el 56,36 % correspondió a sexo femenino y ninguno presentó comorbilidades graves preexistentes. Los síntomas más frecuentes fueron fatiga, tos, mialgias y disnea.

Caracterización clínica de pacientes con COVID prolongado durante 12 meses de seguimiento

De los 37 pacientes con diagnóstico de COVID prolongado identificados en la institución, 18 aceptaron continuar el seguimiento clínico (cohorte hospitalaria), a los que se sumaron los 18 pacientes derivados de otros centros (pacientes externos). En total, 36 pacientes fueron seguidos durante 12 meses (*Tabla 4*). La duración media de los síntomas fue de 213,06 días (DE 68,69).

La fatiga asociada al ejercicio fue el síntoma más frecuente y el último en resolverse. Todos los pacientes en seguimiento fueron evaluados mediante un abordaje integral que incluyó examen físico, electrocardiograma, evaluación cardiológica, prueba de marcha de seis minutos, prueba *sit-to-stand* y estudios de laboratorio según guías vigentes.[23] En pacientes con disnea o tos persistente, se realizó espirometría pre- y posbroncodilatador.

Ocho pacientes presentaron una caída patológica de la saturación de oxígeno durante la prueba de marcha, con recuperación rápida; las radiografías de tórax fueron normales en todos los casos. En un paciente con tos persistente, la tomografía evidenció nódulos yuxtacisurales bilaterales sin etiología clara. En la espirometría, 11 pacientes presentaron alteraciones de flujos medios y uno un patrón restrictivo leve. Diez pacientes recibieron tratamiento con formoterol/budesonida, con resolución completa de los síntomas en ocho y mejoría parcial en dos, que continuaron seguimiento neumonológico (*Tabla 4*).

Tabla 3. Sintomatología de los niños y adolescentes con COVID prolongado. Cohorte hospitalaria y sujetos externos (n = 55)

Síntoma	n (%)
Fatiga	50 (90,91)
Tos	19 (34,75)
Disnea	18 (32,75)
Dolor muscular	19 (34,54)
Sin CPK elevada	15 (27,37)
Con CPK elevada	4 (7,27)
Falta de concentración	13 (23,64)
Cefalea	13 (23,64)
Anosmia	6 (10,91)
Congestión nasal	6 (10,91)
Disminución del rendimiento escolar	5 (9,09)
Ausentismo escolar	3 (5,45)
Dolor abdominal	3 (5,45)
Caída del pelo	3 (5,45)
Hiporexia	2 (3,64)
Pérdida de peso	2 (3,64)
Urticaria	2 (3,64)
Disfonía	2 (3,64)
Dolor torácico	2 (3,64)
Diarrea	1 (1,82)
Angioedema	1 (1,82)
Pericarditis	1 (1,82)

CPK: creatinfosfocinasa.

Fuente: Elaboración propia. Buenos Aires. Argentina.

Tabla 4. Características de COVID prolongado de los sujetos que continuaron en seguimiento de cohorte hospitalaria y sujetos externos (n = 36)

Duración de los síntomas en días, media (DE)	213,06 (68,69)
Alteraciones de laboratorio, n (%)	5 (13,89)
Prueba de marcha patológica, n (%)	8 (22,22)
Prueba de silla patológica, n (%)	5 (13,89)
Espirometría patológica (n/n = 19), n (%)	12/19
Patrón de espirometría (n/n = 12)	
Obstructivo	11/12
Restrictivo	1/12
TAC de tórax patológica (n/n = 7), n (%)	1/7 *
Radiografía de tórax sin patología, n (%)	36 (100)
Evaluación cardiológica patológica, n (%)	1 (2,78)
Presencia de reinfección, n (%)	12 (33,33)
Uso de formoterol + budesonide, n (%)	10 (27,78)
Uso de AINE, n (%)	18 (50,00)

TAC: tomografía de tórax; AINE: antiinflamatorios no esteroides; DE: desviación estándar.

** Nodulillo de 2 mm en segmento apical de lóbulo inferior derecho yuxtacisural y nodulillo de 5 mm en segmento apical de lóbulo inferior izquierdo yuxtacisural.*

Fuente: Elaboración propia. Buenos Aires. Argentina.

Cuatro pacientes presentaron mialgias con elevación transitoria de creatinfosfocinasa (CPK), con buena respuesta a antiinflamatorios no esteroides. Se identificó un caso de pericarditis leve, con evolución clínica favorable. Asimismo, se registraron hiporexia con pérdida de peso y síntomas psicoemocionales, todos resueltos con abordaje interdisciplinario. Tres pacientes refirieron ausentismo escolar asociado a fatiga y síntomas emocionales; el resto de las manifestaciones evolucionó favorablemente sin requerir intervenciones adicionales (*Tablas 3 y 4*).

Para el análisis de la percepción de enfermedad se incluyeron 34 pacientes; fueron excluidos dos por corta edad. La evaluación se realizó mediante la escala Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL)[22] y se observó que el 55,56 % percibió la enfermedad como leve (*Tabla 5*).

DISCUSIÓN

El COVID prolongado constituye un desafío emergente en pediatría por la heterogeneidad de sus manifestaciones clínicas y su potencial impacto funcional. En esta cohorte prospectiva, la incidencia estimada en niños y adolescentes atendidos en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires fue del 7,79 %, en concordancia con metaanálisis y estudios poblacionales de Europa y América del Norte que reportan incidencias cercanas al 7-8,5 % en población pediátrica.[24-29]

El perfil clínico observado fue multisistémico, con predominio de fatiga asociada al ejercicio y síntomas respiratorios y musculoesqueléticos, en concordancia con la literatura internacional. La fatiga fue el síntoma más frecuente y el de resolución más tardía. Asimismo, los pacientes

Tabla 5. Grado de percepción de la enfermedad del paciente. Cohorte hospitalaria y sujetos externos que aceptaron seguimiento (n = 34)

Grado de percepción	n (%)
Leve	20 (55,56)
Moderado	12 (33,33)
Grave	2 (11,11)

Fuente: Elaboración propia. Buenos Aires. Argentina.

con COVID prolongado presentaron una edad media mayor que aquellos sin síntomas persistentes, lo que sugiere que la edad podría constituir un factor asociado al riesgo, aunque los mecanismos subyacentes permanecen poco esclarecidos.[17,19,24,25]

La diversidad de manifestaciones clínicas subraya la importancia de un abordaje interdisciplinario. En esta cohorte, la evaluación integral permitió identificar alteraciones funcionales respiratorias, musculares y cardiovasculares poco frecuentes, pero clínicamente relevantes, con evolución favorable bajo seguimiento especializado, en concordancia con recomendaciones internacionales para la evaluación postaguda en población pediátrica.[23]

Se observó una menor incidencia de COVID prolongado en niños y adolescentes con esquema de vacunación completo al momento de la infección, en línea con la evidencia internacional, que sugiere un efecto protector de la vacunación frente al desarrollo de síntomas persistentes.[12-17,28,29] No obstante, esta asociación debe interpretarse con cautela debido al diseño observacional y a la posible influencia de factores de confusión, por lo que no permite establecer relaciones causales, aunque aporta evidencia local sobre beneficios potenciales de la vacunación más allá de la prevención de la enfermedad aguda.

Los análisis exploratorios de reinfección,[26] ausentismo escolar y percepción del estado de salud evidenciaron impacto funcional y psicosocial en una proporción de los pacientes. Si bien estos hallazgos deben interpretarse de forma descriptiva por el tamaño muestral limitado y la ausencia de un grupo control específico, contribuyen a visibilizar dimensiones relevantes del COVID prolongado en población pediátrica.

Entre las fortalezas del estudio, se destacan el diseño prospectivo, el seguimiento sistemático y el uso de una definición de caso alineada con la OMS para población pediátrica.[2] Las principales limitaciones incluyen su carácter unicéntrico, la reducción del testeo diagnóstico en determinados períodos y el tamaño limitado de la cohorte en seguimiento prolongado que impidió ajustar el análisis por confusores potenciales.

Los resultados del presente estudio son concordantes con la literatura internacional disponible y aportan datos relevantes en un contexto de limitada información local. La OMS ha señalado amplias variaciones en las estimaciones de incidencia entre países, relacionadas con diferencias en los criterios diagnósticos, las metodologías de seguimiento y los contextos epidemiológicos.[30] Asimismo, la American Academy of Pediatrics advierte sobre la necesidad de interpretar estos hallazgos con cautela, en función de la limitada estandarización de las definiciones operativas y de la posible subestimación de cuadros leves o de evolución fluctuante.[31] En este contexto, resulta pertinente continuar desarrollando estudios que contribuyan a una mejor caracterización del COVID prolongado en población pediátrica.

CONCLUSIÓN

El presente estudio permitió estimar la incidencia de COVID prolongado y describir sus características clínicas en niños y adolescentes de 5 a 18 años atendidos en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En esta población, los casos se concentraron en pacientes de mayor edad y se observó una menor incidencia de COVID prolongado en aquellos con esquemas de vacunación completos al momento de la infección. Desde el punto de vista clínico, la fatiga fue el síntoma más frecuentemente identificado. Los análisis complementarios referidos a reinfección, ausentismo escolar y percepción del impacto en la salud deben interpretarse como hallazgos descriptivos de carácter exploratorio. Estos resultados aportan evidencia local sobre el COVID prolongado en población pediátrica y señalan la necesidad de continuar generando información en este grupo etario. ■

Agradecimientos

Agradecemos a las familias y pacientes participantes, así como al equipo multidisciplinario del Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú. En particular, destacamos al Servicio de Pediatría, cuyo acompañamiento y compromiso hicieron posible el desarrollo de la beca y la realización del estudio. Asimismo, reconocemos el apoyo brindado por la Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional, y el Consejo de Investigación.

El material complementario que acompaña este artículo se presenta tal como ha sido remitido por los autores. Se encuentra disponible en: https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2026/10958_AO_Fernandez_Anexo.pdf

REFERENCIAS

1. Word Health Organization. A clinical case definition of post COVID - 19 condition by a Delphi consensus, October 2021. Geneva: WHO; 2021. [Consulta: 16 de enero de 2026]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1
2. World Health Organization. A clinical case definition for post COVID-19 condition in children and adolescents by expert consensus, 16 february 2023. [Consulta: 16 de enero de 2026]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post-COVID-19-condition-CA-Clinical-case-definition-2023-1
3. Bowe B, Xie Y, Al-Aly Z. Postacute sequelae of COVID-19 at 2 years. *Nat Med*. 2023;29(9):2347-57. doi: 10.1038/s41591-023-02521-2.
4. Zheng YB, Zeng N, Yuan K, Tian SS, Yang YB, Gao N, et al. Prevalence and risk factor for long COVID in children and adolescents: A meta-analysis and systematic review. *J Infect Public Health*. 2023:16(5):660-72. doi: 10.1016/j.jiph.2023.03.005.
5. Rao S, Gross RS, Mohandas S, Stein CR, Case A, Dreyer B, et al. Postacute Sequelae of SARS-CoV-2 in Children. *Pediatrics*. 2024;153(3):e2023062570. doi: 10.1542/peds.2023-062570.
6. Miller F, Nguyen DV, Navaratnam AM, Shrotri M, Kovar J, Hayward AC, et al. Prevalence and Characteristics of Persistent Symptoms in Children During the COVID-19 Pandemic: Evidence from a Household Cohort Study in England and Wales. *Pediatr Infect Dis J*. 2022;41(12):979-84. doi: 10.1097/INF.0000000000003715.
7. Ludvigsson JF. Case report and systematic review suggest that children may experience similar long-term effects to adults after clinical COVID-19. *Acta Paediatr*. 2020;110(3):914-21. doi: 10.1111/apa.15673.
8. Buonsenso D, Munblit D, De Rose C, Sinatti D, Ricchiuto A, Carfi A, et al. Preliminary evidence on long COVID in children. *Acta Pediatr*. 2021:110(7):2208-11. doi: 10.1111/apa.15870.
9. Say D, Crawford N, McNab S, Wurzel D, Steer A, Tosif S. Post-acute COVID-19 outcomes in children with mild and asymptomatic disease. *Lancet Child Adolesc Health*. 2021;5(6):e22-3. doi: 10.1016/S2352-4642(21)00124-3.
10. Smane L, Stars I, Pucuka Z, Roge I, Pavare J. Persistent clinical features in paediatric patients after SARS-CoV-2 virological recovery: a retrospective population-based cohort study from a single centre in Latvia. *BMJ Pediatr Open*. 2020;4(1):e000905. https://doi.org/10.1136/bmjpo-2020-000905.
11. Sánchez Boris IM. Impacto psicológico de la COVID-19 en niños y adolescentes. *MEDISAN*. 2021;25(1):123-41.
12. Watanabe A, Iwagami M, Yasuhara J, Takagi H, Kuno T. Protective effect of COVID-19 vaccination against long COVID syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Vaccine*. 2023;41(11):1783-90. doi: 10.1016/j.vaccine.2023.02.008.
13. Byambasuren O, Stehlik P, Clark J, Alcom K, Glasziou P. Effect of covid-19 vaccination on long covid: systematic review. *BMJ Med*. 2023;2(1):e000385. doi: 10.1136/bmjmed-2022-000385.
14. Català M, Mercadé-Besora N, Kolde R, Trinh NTH, Roel E, Burn E, et al. The effectiveness of COVID-19 vaccines to prevent long COVID symptoms: staggered cohort study of data from the UK, Spain, and Estonia. *Lancet Respir Med*. 2024;12(3):225-36. doi: 10.1016/S2213-2600(23)00414-9.
15. Fiolet T, Kherabi Y, MacDonald CJ, Ghosn J, Peiffer-Smadja N. Comparing COVID-19 vaccines for their characteristics, efficacy and effectiveness against SARS-CoV-2 and variants of concern: a narrative review. *Clin Microbiol Infect*. 2022;28(2):202-21. doi: 10.1016/j.cmi.2021.10.005.
16. Martinón-Torres F. Vacunación pediátrica frente al COVID-19 y a pesar del COVID-19. *An Pediatr (Barc)*. 2022;96(1):4-7. doi: 10.1016/j.anpedi.2021.11.008.
17. Rodriguez-Morales AJ, León-Figueroa DA, Romaní L, McHugh TD, Leblebicioglu H. Vaccination of children against COVID-19: the experience in Latin America. *Ann Clin Microbiol Antimicrob*. 2022;21(1):14. doi: 10.1186/s12941-022-00505-7.
18. Martínez-Ayala MC, Proaños NJ, Cala-Duran J, Lora-Mantilla AJ, Cáceres-Ramírez C, Villabona-Flórez S, et al. Factors associated with long COVID syndrome in a Colombian cohort. *Front Med (Lausanne)*. 2023:10:1325616. doi: 10.3389/fmed.2023.1325616.
19. Bardach A, Ruvinsky S, Moreno C, Perelli L, Kyaw M, Spinardi J, et al. Pediatric COVID-19 in Argentina: a comprehensive analysis of disease and economic burden through official data and a systematic literature review. *Front Pediatr*. 2024;12:1352260. doi: 10.3389/fped.2024.1352260.
20. Seery V, Raiden S, Gómez Penedo JM, Borda M, Herrera L, Uranga M, et al. Persistent symptoms after COVID-19 in children and adolescents from Argentina. *Int J Infect Dis*. 2023;129:49-56. doi: 10.1016/j.ijid.2023.01.031.
21. Argentina. Ministerio de Salud. Lineamientos Técnicos. Resumen de recomendaciones vigentes para la Campaña Nacional de Vacunación contra la COVID-19. [Consulta: 16 de enero de 2026]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2021-06/lineamientos-tecnicos_covid-19_10-06-21.pdf
22. Varni JW. *Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL)*. PedsQL.org; ©1998–2025. [Consulta: 20 de octubre de 2025]. Disponible en: http://www.pedsql.org
23. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Guía de práctica clínica de Manifestaciones persistentes de la COVID-19. 2021. [Consulta: 16 de enero de 2026]. Disponible: https://ibamfic.org/index.php/2021/01/21/4543/
24. Molteni E, Sudre CH, Canas LS, Bhopal SS, Hughes RC, Antonelli M, et al. Illness duration and symptom profile in symptomatic UK school-aged children tested for SARS-CoV-2. *Lancet Child Adolesc Health*. 2021;5(10):708-18. doi: 10.1016/S2352-4642(21)00198-X.
25. Morello R, Mariani F, Mastrantoni L, De Rose C, Zampino G, Munblit D, et al. Risk factors for post-COVID-19 condition (Long Covid) in children: a prospective cohort study. *EClinicalMedicine*. 2023;59:101961. doi: 10.1016/j.eclinm.2023.101961.
26. Mandel H, Yoo YJ, Allen AJ, Abedian S, Verzani Z, Karlson EW, et al. Long COVID Incidence Proportion in Adults and Children Between 2020 and 2024: An Electronic Health Record-Based Study From the RECOVER Initiative. *Clin Infect Dis*. 2025;80(6):1247-61. doi: 10.1093/cid/ciaf046.
27. Bhopal SS, Absoud M. Long COVID in children. Vaccinating children to prevent long COVID? More caution is needed in interpreting current epidemiological data. *BMJ*. 2021;372:n520. doi: 10.1136/bmj.n520.
28. Ashkenazi-Hoffnung L, Shmueli E, Ehrlich S, Ziv A, Bar-On O, Birk E, et al. Long COVID in children: observations from a designated pediatric clinic. *Pediatr Infect Dis J*. 2021;40(12):e511. doi: 10.1097/INF.0000000000003285.
29. Razzaghi H, Forrest CB, Hirabayashi K, Wu Q, Allen AJ, Rao S, et al. Vaccine Effectiveness Against Long COVID in Children. *Pediatrics*. 2024;153(4):e2023064446. doi: 10.1542/peds.2023-064446.
30. Organización Mundial de la Salud. Afección post-COVID-19 (COVID-19 prolongada). 26 de febrero de 2025. [Consulta: