



Pediatría Atención Primaria

ISSN: 1139-7632

ISSN: 2174-4106

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

Suárez Vicent, Eva; Gorrotxategi Gorrotxategi, Pedro J.; Sánchez Pina, Concepción; Villaizán Pérez, Carmen; Cenarro Guerrero, M.^a Teresa; Cantarero Vallejo, M.^a Dolores; Mambié Menéndez, Marianna; Bravo Acuña, Juan; Merino Moína, Manuel; Garcés Sánchez, María; Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) ; Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria (SEPEAP)

Propuesta de abordaje y organización de las consultas de Pediatría de Atención Primaria en la pandemia por SARS-CoV-2 (otoño-invierno 2020-2021)
Pediatría Atención Primaria, vol. XXII, núm. 87, 2020, Julio-Septiembre, pp. 241-250
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366669639002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Documento de consenso

Propuesta de abordaje y organización de las consultas de Pediatría de Atención Primaria en la pandemia por SARS-CoV-2 (otoño-invierno 2020-2021)

Publicado en Internet:
16-septiembre-2020

Eva Suárez Vicent:
esuvi73@gmail.com

Eva Suárez Vicent^a, Pedro J. Gorrotxategi Gorrotxategi^b, Concepción Sánchez Pina^c, Carmen Villaizán Pérez^d, M.^a Teresa Cenarro Guerrero^e, M.^a Dolores Cantarero Vallejo^f, Marianna Mambie Meléndez^g, Juan Bravo Acuña^h, Manuel Merino Moína^h, María Garcés Sánchezⁱ, Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria (SEPEAP)

^aPediatra. CSI Burriana II. Burriana. Castellón. España • ^bPediatra. CS Pasajes San Pedro. Pasajes. Guipúzcoa. España • ^cPediatra. CS San Andrés. Madrid. España • ^dPediatra. CS Santa Bárbara. Toledo. España • ^ePediatra. CS José Ramón Muñoz Fernández. Zaragoza. España • ^fPediatra. CS de Illescas. Toledo. España • ^gPediatra. CS Escorxador. Palma de Mallorca. Baleares. España • ^hPediatra. CS El Greco. Getafe, Madrid. España • ⁱPediatra. CS Nazaret. Valencia. España.

Resumen

La Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) ha elaborado un documento con propuestas para la organización de las consultas de Atención Primaria en la próxima temporada invernal, y así poder garantizar la atención a los pacientes pediátricos, con y sin sospecha de infección por SARS-CoV-2.

En dicho documento se insiste en la importancia de que la primera valoración del paciente sea telefónica para orientar a las familias sobre la idoneidad de una visita telemática o de una visita presencial, en caso de ser así, recibir indicaciones sobre la zona del centro de salud y horario de atención en función de los síntomas, para mantener las medidas de protección y seguridad, tanto del paciente como del personal sanitario.

AEPap y SEPEAP proponen que en los centros de salud se organicen dos circuitos, uno para atender pacientes con sospecha de infección por SARS-CoV-2 y otro circuito para valorar el resto de las patologías y llevar a cabo el Programa de Salud Infantil (PSI).

Para ello, también insta a las Administraciones públicas a mejorar las herramientas de la telemedicina para garantizar el intercambio seguro de información y así poder realizar consultas no presenciales para evitar contagios en el centro sanitario, dotar a los centros de salud de personal sanitario, administrativo y de limpieza suficiente.

También es muy importante que los profesionales sanitarios dispongan de técnicas diagnósticas para descartar las infecciones pediátricas más frecuente en época invernal (rinovirus, virus respiratorio sincitial, gripe, rotavirus) y agilizar el resultado de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para COVID-19 y así evitar aislamientos innecesarios.

Palabras clave:

- Atención Primaria
- Infecciones por coronavirus
- Organización y administración
- Pediatría

Proposal for the approach and organization of the pediatric consultations of primary care in the pandemic due to SARS-CoV-2 (autumn-winter 2020-2021)

Abstract

The Spanish Association of Primary Care Pediatrics (AEPap), has prepared a document with proposals for the organization of primary care consultations in the next winter season, and thus be able to guarantee care for pediatric patients, with and without suspected infection by SARS-CoV-2.

Cómo citar este artículo: Suárez Vicent E, Gorrotxategi Gorrotxategi PJ, Sánchez Pina C, Villaizán Pérez C, Cenarro Guerrero MT, Cantarero Vallejo MD, et al. Propuesta de abordaje y organización de las consultas de Pediatría de Atención Primaria en la pandemia por SARS-CoV-2 (otoño-invierno 2020-2021). Rev Pediatr Aten Primaria. 2020;22:241-50.

Key words:

- Coronavirus infections
- Organization and administration
- Pediatrics
- Primary Care

This document insists on the importance that the first assessment of the patient is by telephone to guide families on the suitability of a telematic visit or a face-to-face visit and, if so, receive instructions on the area of the health center and hours of attention based on symptoms, to maintain protection and safety measures for both the patient and the health personnel.

The AEPap and the SEPEAP propose to organize two circuits in health centers, one to evaluate patients with suspected SARS-CoV-2 infection and another circuit to assess the rest of the pathologies and carry out the Children's Health Program.

For this, it also urges public administrations to improve telemedicine tools to guarantee the safe exchange of information and thus be able to carry out non-face-to-face consultations to avoid infections in the health center, provide health centers with health, administrative, cleaning and medical personnel sufficient.

It is also very important that healthcare professionals have diagnostic techniques to rule out the most frequent pediatric infections in winter (rhinovirus, RSV, flu, rotavirus) and speed up the PCR result for Covid-19 and thus avoid unnecessary isolations.

INTRODUCCIÓN

Durante los meses de marzo a mayo, la asistencia pediátrica en Atención Primaria (AP) ha estado volcada en la atención de niños con sospecha de padecer la COVID-19, retrasando otras actividades propias de la Atención Primaria (salvo el Programa de Salud Infantil [PSI] y vacunaciones hasta los 15 meses).

Una vez superada la fase de restricción de las actividades, se ha reanudado la actividad ordinaria, habiéndose recuperado los controles de salud y las vacunaciones pendientes¹.

Tras la suspensión del estado de alarma y la vuelta a la "nueva normalidad", han surgido brotes en varias comunidades de España, afectando en algunos casos a la población infantil. Esto conlleva que debamos mantener y extremar las medidas de protección personales y hacia los niños, adolescentes y familiares que acuden a nuestras consultas ante posibles contagios, hasta que dispongamos de una vacuna eficaz.

Es previsible que, con la necesaria reapertura de los centros escolares y a pesar de las medidas de prevención, aumente el contagio de cualquier proceso infeccioso entre los menores, sobre todo en niños más pequeños, ya que es muy difícil que se mantenga la distancia social y el uso de mascarillas en todo momento. Un dato llamativo lo encontramos en un estudio que se realizó en la ciudad de Vitoria

durante una huelga de guarderías y en la que se constató la disminución de las consultas en urgencias de Pediatría de forma significativa, en concreto un 43% durante ese periodo². Algo similar hemos observado durante el confinamiento, ya que los niños se han contagiado menos de los virus propios de esta época del año.

IMPACTO DE LA COVID-19 EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA

La carga de enfermedad pediátrica por COVID-19 ha sido relativamente más baja en comparación con los casos en pacientes adultos. En España, el 0,8% de los casos confirmados de COVID-19 correspondieron a personas menores de 18 años con enfermedad manifiesta, que requirieron ingreso hospitalario³. El porcentaje de casos de COVID-19 en el resto del mundo se estima entre el 1,1% y el 2,2% de la población pediátrica^{4,5}. En el estudio de seroprevalencia, la población pediátrica afecta (o al menos con anticuerpos positivos), ha sido de casi el 4% frente al 5,2% del total de la población⁶.

Del mismo modo, se ha observado en algunos países que la tasa de transmisión del niño al adulto es menor de la esperada, a diferencia de lo descrito para la enfermedad gripal. Se estima que el riesgo de contagio es mayor del adulto al niño que al revés en los menores de diez años y, a partir de diez años hay datos sobre que podrían contagiar igual que el adulto^{7,8}.

Ahora, en pleno rebrote que estamos viendo en algunas autonomías, y pudiendo disponer de pruebas, los niños se contagian muy fácilmente en el hogar y la frecuencia en que se contagian es casi similar a la del adulto.

Abordaje pediátrico: sintomatología clínica, diagnóstico y tratamiento

La sintomatología del paciente pediátrico es inespecífica y en la mayoría de los casos, leve. Se presenta mayoritariamente en forma de infección de vías respiratorias superiores (tos, fiebre, congestión nasal, rinorrea, odinofagia). También se ha descrito, pero en menor frecuencia, dificultad respiratoria, diarrea, náuseas o vómitos, cefaleas, mialgias y pérdida de apetito. No obstante, se estima que hasta un 13% de pacientes podrían ser asintomáticos.

El porcentaje de ingreso es relativamente bajo y en la mayoría de las ocasiones relacionado con dificultad respiratoria o fiebre elevada. La mortalidad es muy baja y sobre todo asociada con comorbilidad o edad menor al año de vida. A pesar de que se han descrito cuadros graves (síndrome de dificultad respiratoria agudo, *shock* séptico) en niños de todas las edades, su incidencia parece ser muy baja. De especial interés para su diagnóstico es el síndrome multisistémico inflamatorio relacionado con el SARS-CoV-2. Este síndrome cursa con fiebre, afectación multiorgánica y elevación de marcadores inflamatorios⁹.

El periodo de incubación se estima similar al de la población adulta, con un intervalo de 2 a 14 días, y una media de diez días.

Respecto a los resultados de laboratorio en la población pediátrica, no se han reportado por el momento alteraciones específicas como en la población adulta. Las radiografías de tórax muestran infiltrados compatibles e indistinguibles de neumonía viral.

En la actualidad no se dispone de tratamiento específico. El manejo sigue siendo sintomático en AP y de detección de signos de alerta para su derivación hospitalaria. Son de especial vigilancia aquellos

niños con antecedentes de enfermedad pulmonar crónica o asma moderada a grave, afecciones cardíacas graves (por ej., defectos cardíacos congénitos), inmunodeprimidos, obesidad grave, diabetes, enfermedad renal crónica en diálisis o enfermedad hepática.

Para considerar como caso confirmado de COVID-19, igual que en los adultos, requiere una prueba positiva de reacción en cadena de la transcriptasa-polimerasa inversa (PCR) para SARS-CoV-2, en una muestra obtenida con hisopo de nasofaringe (u orofaringe). Un caso probable de COVID-19 es cualquier individuo con síntomas consistentes con COVID-19 que pueda haber estado en contacto con un caso conocido de COVID-19.

Sería muy importante que se desarrollasen estudios en población infantil para observar, entre los síntomas que presentan los niños, cuáles son los más probables que correspondan a COVID-19.

Buenas prácticas en el manejo de la consulta pediátrica (COVID-19)¹⁰

- Se aconseja realizar contactos con Educación, servicios sociales y cualquier otro centro al que habitualmente acuda población pediátrica para establecer un circuito lo más eficiente posible en caso de sospecha de un caso de coronavirus.
- Solo deben realizarse reuniones cara a cara esenciales, priorizando la videoconferencia siempre que sea posible, ya sea para reuniones sobre gestión colectiva o gestión de casos individuales, del mismo modo que las consultas con los pacientes y sus familias. De este modo, se establecerá la necesidad de evaluar a algunos niños de forma presencial tras una evaluación de riesgos adecuada.
- Se establecerá el modo de comunicación bidireccional del centro escolar y el pediatra, evitando siempre la burocracia relacionada con la justificación de las asistencias a través de medios telemáticos u otras herramientas.
- Los pediatras deben usar el equipo de protección individual (EPI) correcto según la guía del Ministerio de Sanidad para examinar a los niños

y, en particular, para examinar la orofaringe. Se recomienda que la orofaringe solo se examine si es esencial y utilizando las precauciones adecuadas.

Desde la AEPap y la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria (SEPEAP) apoyamos la necesidad de que los niños acudan a los centros escolares y recomendamos encarecidamente que no se vuelvan a cerrar las escuelas, ya que con esta medida se perjudica a los más desfavorecidos y se aumenta la brecha cultural y social entre los niños con diferentes posibilidades de acceso a la cultura y la educación¹¹.

Estas propuestas y recomendaciones deben considerarse provisionales, ya que están en continua actualización en función del desarrollo de la pandemia por SARS-CoV-2.

PROPUESTA DE ABORDAJE Y ORGANIZACIÓN DE LAS CONSULTAS DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2

Teniendo en cuenta que el virus no ha desaparecido, que pueden producirse rebrotes y que es necesario mantener abiertos los centros educativos, los pediatras de Atención Primaria consideramos que hay dos puntos indispensables que se deben consolidar para garantizar una atención infantil adecuada: el mantenimiento de las consultas telefónicas y telemáticas y el mantenimiento de los dos circuitos de asistencia “sospecha de COVID-19” y “no sospecha de COVID-19”.

Los centros de salud con profesionales únicos por turno deberán disponer del apoyo total de las direcciones de los centros y de las direcciones asistenciales para autogestionar y reprogramar las consultas espontáneas de los niños con síntomas leves compatibles con SARS-CoV-2 y citarles en el momento que mejor se adecúa a la agenda del pediatra.

A modo de ejemplo de agenda, adjuntamos la elaborada por los coordinadores de Pediatría de la Comunidad de Madrid, en el **Anexo 1**, aunque se pue-

den realizar otras agendas, para ajustar los tiempos a las necesidades asistenciales de cada centro.

La máxima prioridad en el periodo en el que no se observe elevada incidencia de la COVID-19 será **identificar a los niños que han perdido las visitas del PSI y las vacunas recomendadas**. Será necesario comunicarse con los padres de forma activa para programar citas presenciales, comenzando con los recién nacidos, lactantes hasta 24 meses, niños pequeños y adolescentes. Es fundamental para ello disponer de registros de vacunación en las comunidades en las que estén disponibles registros por edades para poder comprobar su situación vacunal.

Todos los recién nacidos deben ser vistos por un pediatra de forma presencial poco después del alta hospitalaria (primera semana) para evaluar la instauración correcta de la lactancia y descartar patología de atención preferente.

Será prioritario, a su vez, la detección temprana de otras patologías para su tratamiento precoz, tanto los trastornos del desarrollo, emocionales, y del espectro autista, así como la atención y seguimiento de patologías crónicas previamente detectadas que lo precisen.

Atención telefónica

La incorporación de consultas no presenciales y telefónicas han servido para el seguimiento de los niños con sospecha de padecer la SARS-CoV-2, han resuelto muchas consultas asistenciales y burocráticas y han sido a la vez un triaje eficiente para determinar qué pacientes deben acudir de manera presencial y cuándo, y el resultado ha sido satisfactorio para padres y niños, así como para los profesionales de los equipos de Pediatría.

Desde la AEPap y la SEPEAP consideramos que se deben implementar las consultas no presenciales a través de plataformas para el intercambio seguro de información sensible, videollamada, recepción de imágenes y aumentar las líneas de teléfono para asegurar que los pacientes puedan contactar de una forma ágil con su centro de salud, siempre respetando los cauces legales de la ley de protección de datos.

En los sistemas de cita previa (teléfono, aplicación para teléfonos, web) se deberá incluir un mensaje al ciudadano para que no acuda directamente al centro. Se habilitará la consulta telefónica con el siguiente mensaje: “Está usted solicitando una consulta telefónica con su pediatra/enfermera. Desde su centro de salud contactarán con usted para valorar el tipo de atención que precise. Muchas gracias por su colaboración”.

Tras realizar el triaje telefónico, deberían existir dos circuitos, uno para los casos de sospecha de COVID-19 y otro para el resto de las patologías pediátricas y revisiones de salud.

Modo de organización de ambos circuitos

Los circuitos establecidos en cada centro de salud deben estar correctamente protocolizados y al acceso de todos los profesionales implicados. Es fundamental para el correcto funcionamiento de los circuitos que el personal implicado en la evaluación pediátrica esté familiarizado con los procedimientos y debidamente capacitado. Debe especificarse en el protocolo:

- Ubicación en donde se aislará el caso posible y con quién contactar para su evaluación.
- Identificación del profesional que valora al niño a partir de los tres años (“Hola, soy tu pediatra”), para disminuir el temor y la ansiedad del niño frente al EPI.
- Directrices de uso de los EPI, actualizadas.
- Eliminar procedimientos de generación de aerosol en el centro de salud.

Circuito “limpio o no sospecha de COVID-19”

Durante la pandemia, este circuito se ha utilizado para patologías no infecciosas, PSI y vacunaciones hasta los 15 meses de vida¹².

Consideramos que en la situación actual es preciso aumentar la oferta en este sentido, siendo prioritario hacer hincapié y establecer políticas activas de captación para la recuperación de las vacunaciones y revacunaciones infantiles, con el objetivo de recuperar las tasas vacunales perdidas en el periodo

pandémico, así como la reanudación de las consultas a enfermos crónicos (asma, obesidad, etc.).

Es fundamental retomar la actividad del PSI según el calendario de revisiones de salud que establece cada comunidad autónoma.

Circuito “sospecha de COVID-19”

Es necesario mantenerlo para evitar riesgo de infección a niños no contagiados y realizar una protección adecuada, tanto de niños como de profesionales. Este circuito incluiría a todos los niños con sintomatología sugestiva de COVID-19 (ya sea febril, respiratoria, digestiva, cutánea o neurológica).

En los centros de salud con profesionales únicos, los dos circuitos tendrían una diferencia temporal, de forma que hasta una hora determinada (mitad de la consulta aproximadamente) se vieran las consultas del circuito limpio y a partir de esa hora el circuito sucio con una mayor duración del tiempo de consulta.

ASPECTOS PRÁCTICOS PARA OPTIMIZAR LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA

Consultas telefónicas y telemáticas

- Se deben mantener las consultas telefónicas como triaje para establecer si es preciso una visita presencial. No se debe poder acudir al centro de salud sin la orientación previa del profesional sanitario.
- Establecer también consulta telefónica de enfermería pediátrica.
- Su duración mínima debería ser de DIEZ minutos, aunque se asume la necesidad de mayor o menor tiempo en función del problema que presente el paciente.
- Las llamadas telefónicas se complementarán con una plataforma para el intercambio seguro de información sensible y así aumentar la capacidad resolutoria para intentar solucionar la demanda asistencial sin necesidad de consulta presencial.

Aconsejamos desarrollar más la telemedicina, siendo fundamental adecuar los sistemas infor-

máticos vinculados a las historias clínicas actuales en los centros de salud para la realización de consulta telemática de manera segura, garantizando los recursos y medios necesarios que aseguren la atención médica con la máxima seguridad y confidencialidad del paciente. Para ello consideramos imprescindible:

- Aumentar las líneas telefónicas para evitar la demora de atención a los pacientes.
- Desarrollar sistemas informáticos para realizar videoconferencias que cumplan la Ley de Protección de Datos.
- Dotar los ordenadores de las consultas de cámaras.
- Disponer de una plataforma para el intercambio seguro de información sensible con capacidad suficiente para recibir fotos y vídeos de los usuarios.
- El uso de la telemedicina y el correo electrónico de forma oficial a la gestión diaria de la consulta está respaldado por el Código de Deontología Médica en sus artículos 27-31 que regulan el secreto profesional médico¹³.
- Potenciar la teleconsulta (e-consulta) con atención hospitalaria.

Consultas presenciales

Todas las consultas presenciales se deberían realizar previo triaje telefónico, para ver a qué circuito corresponde la atención y posibilidad de valoración por enfermería pediátrica. Dado que las consultas van a conllevar muchas más preguntas de lo habitual, por la inquietud de los padres ante la pandemia, del problema de salud de que se trate, y de la necesidad de desinfección de la consulta y del instrumental utilizado, proponemos que sean de una duración mínima de 15 minutos.

En cuanto a la atención presencial en el centro de salud, se entregará mascarillas a todos los pacientes, niños mayores de tres años y adultos, que vayan a ser atendidos y circulen por el centro, de ambos circuitos. Sería necesario disponer de mascarillas pediátricas.

Durante los meses de otoño e invierno, circulan numerosos virus respiratorios que producen clínica

compatible con SARS-CoV-2, como son el VRS, virus de la gripe, *Streptococcus pyogenes*, rinovirus, rotavirus, etc. Por ello consideramos imprescindible, para aumentar la capacidad resolutive de los pediatras de Atención Primaria y disminuir al máximo los casos sospechosos de SARS-CoV-2 con las implicaciones que conlleva (aislamiento del paciente y contactos estrechos, realización de PCR a todos ellos), disponer de test de diagnóstico rápido frente a gripe A y B, *Streptococcus pyogenes*, VRS y rotavirus, para hacer un diagnóstico de certeza y posibilidad de realizar en la misma muestra de PCR para la detección de VRS, gripe y SARS-CoV-2.

Sistemas de protección y autocuidado

Para profesionales:

- Es prioritario buscar el asesoramiento de salud laboral en caso de embarazo o afecciones médicas preexistentes (asma, diabetes, enfermedades cardíacas) que hagan al profesional más vulnerable al COVID-19.
- Todas las consultas presenciales deberían realizarse con métodos de protección. Mínimo: bata desechable, gafas, mascarilla quirúrgica, pantalón y guantes.
- En casos sospechosos de COVID-19, además: mascarilla FFP2, EPI, doble guante, calzas y gorro.
- Se debería disponer de material suficiente, al menos, para cambiar la bata desechable, guantes por cada niño y, dependiendo de las horas transcurridas, también la mascarilla.
- Ajustar el tiempo de las consultas a las necesidades de desinfección de los materiales y cambio de los sistemas de protección.
- Es prioritario dotar a los profesionales de tiempo suficiente para ponerse y quitarse el complejo equipo de protección individual con calma para evitar errores, mínimo diez minutos antes y después de usarlo. Si la organización de circuitos sucios y limpios es en horarios diferenciados, se facilita evitar el cambio de EPI.
- Es necesario dotar a los circuitos con sospecha de COVID-19 de lavabos cercanos independientes

para los profesionales, a ser posible dentro de la misma consulta.

- Aumentar la dotación de servicio de limpieza de los centros de salud para la desinfección de las consultas tras la atención médica a casos sospechosos de infección por SARS-CoV-2.

Para niños y sus familiares:

- Salas de espera separadas de niños con cuadros respiratorios y febriles con respecto al resto de las consultas. Si es posible, se solicitará a los progenitores que acudan puntualmente a la cita o que permanezcan fuera del centro de salud o en el coche, para evitar el hacinamiento en las salas de espera y poder evaluar a los pacientes de forma segura¹⁴. Cuando esto no sea posible por las características del centro de salud, los horarios diferenciados de cita tratarán de evitar que coincidan en la sala de espera niños con sospecha de COVID-19 con niños con otras patologías o del PSI.
- En las salas de espera se debe respetar las normas de aislamiento existiendo dos asientos vacíos entre dos familias.
- Acudirá un único familiar por niño.
- Es necesario el uso de mascarilla quirúrgica tanto el adulto acompañante como en los niños mayores de tres años, independientemente del motivo de la consulta.

Otras propuestas

- Si no hay profesionales sanitarios suficientes, se facilitará la agrupación de los horarios de atención, manteniendo solo el turno de mañana.
- Reforzar el personal de los centros de salud para incrementar la capacidad de realizar las pruebas diagnósticas, realizar llamadas telefónicas para comunicar los resultados y poder realizar la búsqueda de contactos con celeridad.
- Aumentar el número de envíos al día de las muestras de PCR al laboratorio de referencia, a las 8 h y a las 16 h, por ejemplo, para así poder tener los resultados con la mayor celeridad posible, disminuyendo la incertidumbre y aislamiento de los casos sospechosos de COVID-19.

- Valorar abonar horas extras a los profesionales para incrementar la dotación de personal del circuito respiratorio fuera de sus horarios asistenciales.

Exploración orofaríngea

Dado que la replicación viral es en nasofaringe y que un porcentaje no estimado de pacientes pediátricos pueden cursar la COVID-19 de forma asintomática, la protección es una prioridad en el profesional sanitario que realiza una exploración, más aún ante la escasez de material de protección.

Varios grupos han desarrollado las siguientes directrices^{10,15}:

Recomendaciones generales

- Examinar la orofaringe de los niños solo si se considera esencial para el diagnóstico.
- Si es necesario examinar la garganta, se debe usar equipo de protección individual completo (protección para los ojos/visor, máscara FFP3, bata y guantes), independientemente de si el niño tiene síntomas consistentes con COVID-19 o no.

Sospecha de amigdalitis en Atención Primaria

- Si se sospecha un diagnóstico de amigdalitis clínicamente compatible con la sintomatología, examinar la garganta solo cuando sea absolutamente necesario.
- A pesar de que en la actualidad la mayoría de las guías pediátricas no lo recomiendan, se puede considerar el tratamiento antibiótico en niños según los criterios de la guía NICE, que recomienda iniciar la antibioterapia de forma inmediata o diferida para pacientes con 4-5 puntos en la escala FeverPAIN o 3-4 en la de Centor¹⁶.
- En el caso en el que un test rápido de estreptococo¹⁷ pueda cambiar nuestra pauta de prescripción de antibióticos, se debería realizar con las correspondientes medidas de seguridad.
- Los antibióticos rara vez confieren un beneficio en niños menores de 3 años con amigdalitis y solo deben prescribirse en circunstancias excepcionales o si se considera seriamente un diagnóstico de escarlatina.

APOYO Y COORDINACIÓN INSTITUCIONAL

Varias sociedades científicas de Pediatría de diferentes comunidades autónomas^{18,19} han manifestado la preocupación existente entre los pediatras de Atención Primaria por la previsible situación epidemiológica del próximo otoño-invierno. El inicio de la escolarización, aun con las medidas de prevención de contagio que se están planificando, supondrá un aumento de patología infecciosa y de presión asistencial en nuestras consultas.

Los pediatras de Atención Primaria no estamos de acuerdo con algunos protocolos del Ministerio de Educación vigentes actualmente²⁰, donde se indica que un escolar con sintomatología compatible con infección por SARS-CoV-2 deberá acudir al centro de salud para ser valorado de forma urgente tras ser recogido por sus padres o tutores legales del centro educativo, ya que en los centros de salud se deben respetar las medidas de seguridad y protección establecidas y porque la atención urgente debe ceñirse exclusivamente a la indicación clínica, con acceso controlado de los pacientes, que no se podrá llevar a cabo si los escolares acuden sin contacto telefónico previo al centro sanitario.

Tras atender a los pacientes pediátricos en el centro de salud, en algunas ocasiones los padres o tutores legales solicitan un informe que certifique que han acudido con su hijo al pediatra, así como un justificante para el centro escolar. Los pediatras realizarán la tarea de valorar al niño y decidir las pruebas diagnósticas y el tratamiento correspondiente. Los padres, como tutores legales del menor, son los responsables de justificar las ausencias escolares, y la justificación del desplazamiento de los padres al centro escolar corresponde al propio centro, que es el que lo ha indicado.

Por todo ello, proponemos que las consejerías de Sanidad y de Educación de las diferentes comunidades autónomas organicen de forma conjunta y consensuada la asistencia médica a los niños y personal docente que presenten síntomas infecciosos en el centro escolar, así como informar a los padres de que, los alumnos que presenten signos y síntomas infecciosos antes de acudir al colegio deberán permanecer en casa y contactar telefónicamente con su centro de salud para valoración. Los facultativos no expedirán certificados de asistencia a la consulta de Pediatría para los padres o tutores legales ni para los alumnos que abandonen el colegio por motivos médicos.

CONFLICTO DE INTERESES

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

ABREVIATURAS

AEPap: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria • **AP:** Atención Primaria • **COVID-19:** enfermedad por el virus SARS-CoV-2 • **EPI:** equipo de protección individual • **FFP2:** *filtering face pieces*, tipo 2 • **FFP3:** *filtering face pieces*, tipo 3 • **PCR:** reacción en cadena de la polimerasa • **PSI:** Programa Salud Infantil • **SARS-CoV-2:** coronavirus del síndrome de dificultad respiratoria aguda, tipo 2 • **SEPEAP:** Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria.

AGRADECIMIENTOS

A Carmen Rosa Rodríguez Fernández- Oliva, José M.^a Mengual Gil, Miguel Ángel Fernández-Cuesta Valcarcel, Rosa Albañil Ballesteros, Pilar Lupiani Castellanos, César García Vera, Olga Ramírez Balza, Guillermo Martín Carballo, Paz González Rodríguez, Javier Pellegrini Belinchón, Cristóbal Coronel Rodríguez, Anselmo Hernández Hernández, Fernando García-Sala Viguer.

ANEXO 1. DOCUMENTO REALIZADO POR LOS COORDINADORES DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MADRID

Tabla 1. Modelo de agenda de un pediatra único por turno

08:00 8:30	14:00 15:00	Reuniones intracentro	30 min-1 hora
08:30 09:00	15:00 15:30	Gestionar los citados mediante llamada telefónica y resolver	30 min
09:00 10:00	15:30 16:30	Revisiones de niños del Programa de Salud Infantil	1 hora
10:00 10:30	16:30 17:00	Responder a correos	30 min
10:30 11:30	17:00 18:00	<i>Atención a patologías no sospechosas de COVID Guantes, gafas o pantalla, mascarilla FFP2</i>	1 hora
11:30 12:00	18:00 18:30	Descanso	1 hora
12:00 13:00	18:30 19:30	<i>Atención a patología respiratoria y sospecha de COVID EPI, gafas o pantalla, gorro, mascarilla FFP2, doble guante</i>	1 hora
13:00 13:30	19:30 20:00	Responder las llamadas telefónicas que surjan durante la jornada	30 min

1. En una etapa epidemiológica en la que sigue habiendo transmisión comunitaria no controlada, es necesario seguir evitando la asistencia al centro. Así, esta tarea realizada a primera hora de cada jornada es fundamental. Se debe llamar a los pacientes que han solicitado cita para gestionar su caso, pudiendo solucionarlo o indicar que sea precisa su asistencia al centro, reajustando la cita si fuera preciso.
2. Las revisiones de salud del niño sano deben hacerse en la sala limpia. Cada centro valorará sus espacios. En el supuesto de pediatra único sería deseable que la atención al paciente con sospecha de infección por COVID-19 fuera en una sala específica. Si el pediatra único solo tiene una consulta posible, realizará las revisiones a primera hora de cada jornada, con limpieza exhaustiva de la consulta después de cada turno. También queda a su criterio cómo mejor realizar y coordinar estas visitas con los profesionales de enfermería.
3. En este tramo horario se intercala una franja que permita finalizar las revisiones del programa de salud infantil, atender a los pacientes enfermos y además facilita que la sala de espera se alivie de personas. Minimizar tiempo y espacio compartido en las salas de espera.
4. Franja horaria destinada a atender las citas que solicitan los pacientes (web, aplicación de teléfono móvil, teléfono con los administrativos). Mañanas de 10:30 a 13:00 h y tardes de 17:00 a 19:30 h.
5. Descanso y tiempo a que se alivie la sala espera y para vestirse con los EPI.
6. Llamadas telefónicas que surjan durante la jornada. El profesional puede elegir dejar esta franja de tiempo para contestarlas, ordenando así el tipo de trabajo.
7. Los tiempos son orientativos. A criterio de cada profesional, de la organización de la Pediatría en cada centro y de los requerimientos de su población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moraga Llop F. Las vacunaciones caen durante la pandemia. *Adolescere*. 2020;VIII:3-6.
2. Montiano Jorge J, Ocio Ocio I, Díez López I, Mantilla Fernández A, Bosque Zabala A. ¿Qué pasaría si cerrasen las guarderías? *An Pediatr (Barc)*. 2006;65:556-60.
3. Tagarro A, Epalza C, Santos M, Sanz-Santaeufemia FJ, Otheo E, Moraleda C, et al. Screening and Severity of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Children in Madrid, Spain. *JAMA Pediatr*. 2020:e201346.
4. Su L, Ma X, Yu H, Zhang Z, Bian P, Han Y, et al. The different clinical characteristics of corona virus disease cases between children and their families in China – the character of children with COVID-19. *Emer Microbes Infect*. 2020;9:707-13.
5. CDC COVID-19 Response Team. Coronavirus Disease 2019 in Children - United States, February 12 - April 2, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020;69:422-6.
6. Estudio ENE-COVID: informe final estudio nacional de sero-epidemiología de la infección por SARS-CoV-2 en España 6 de julio de 2020. En: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [en línea] [consultado el 11/09/2020]. Disponible en www.mscbs.gob.es/ciudadanos/ene-covid/docs/ESTUDIO_ENE-COVID19_INFORME_FINAL.pdf
7. Rajmil L. Role of children in the transmission of the COVID-19 pandemic: a rapid scoping review. *BMJ Paediatr Open*. 2020;4:e000722.
8. Posfay-Barbe KM, Wagner N, Gauthey M, Moussaoui D, Loevy N, Diana A, et al. COVID-19 in children and the dynamics of infection in families. *Pediatrics*. 2020;146:e20201576.
9. Wang Y, Zhu F, Wang C, Wu J, Liu J, Chen X, et al. Children hospitalized with severe COVID-19 in Wuhan. *Pediatr Infect Dis J*. 2020;39:e91-e94.
10. COVID-19 - guidance for paediatric services. En: Royal College of Paediatrics and Child Health. [en línea] [consultado el 11/09/2020]. Disponible en www.rcpch.ac.uk/resources/COVID-19-guidance-paediatric-services
11. Save the Children, AEPap. Nota de prensa sobre la apertura de los centros escolares infantiles. En: Save the Children [en línea] [consultado el 11/09/2020]. Disponible en www.savethechildren.es/notas-prensa/save-children-y-la-asociacion-espanola-de-Pediatrica-de-atencion-primaria-recomiendan-la
12. Prioridades del programa de vacunación durante el estado de alarma debido a COVID-19. 25 de marzo de 2020. En: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [en línea] [consultado el 11/09/2020]. Disponible en www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/COVID-19_Vacunacionprioritaria.pdf
13. Código de Deontología Médica. En: Consejo General de Colegios Médicos de España [en línea] [consultado el 11/09/2020]. Disponible en www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf
14. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Information for pediatric healthcare providers. En: CDC [en línea] [consultado el 11/09/2020]. Disponible en www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/pediatric-hcp.html
15. The acute management of paediatric coronavirus disease 2019 (COVID-19). En: Canadian Paediatric Society [en línea] [consultado el 11/09/2020]. Disponible en www.cps.ca/en/documents/position/the-acute-management-of-paediatric-coronavirus-disease-2019
16. Piñero Pérez R, Álvarez González F, Baquero-Artigao F, Cruz Cañete M, de la Flor i Bru J, Fernández Landa A, et al. Actualización del Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. *An Pediatr (Barc)*. 2020;93:206.e1-206.e8.
17. Cubero Santos A, García Vera C, Lupiani Castellanos P. Faringoamigdalitis. En: Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado el 11/09/2020]. Disponible en <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/13/faringoamigdalitis>
18. Comunicado conjunto AMPap, SPMycM y Coordinadores de Pediatría de Madrid sobre justificación de ausencias escolares y atención sin cita. En: AMPap [en línea] [consultado el 11/09/2020]. Disponible en www.ampap.es/wp-content/uploads/2020/06/22%C2%AD_06_2020-Justificantes-y-asistencia-sin-cita.pdf
19. La Pediatría de Atención Primaria y la vuelta a la actividad escolar, 22 de junio de 2020. En: Asociación de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria de la Región de Murcia [en línea] [consultado el 11/09/2020]. Disponible en <https://apermap.com/wp-content/uploads/carta3614.pdf>
20. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Ministerio de Educación y Formación Profesional. Medidas de prevención e higiene frente a COVID-19 para la reapertura parcial de centros educativos en el curso 2019-2020. En: Ministerio de Educación y Formación Profesional [en línea] [consultado el 11/09/2020]. Disponible en www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:52e023fd-339f-48af-96f1-ddd6ad77c4fd/20200514-medidas-sanitarias-para-reapertura-centros-fase-2-final.pdf