



Pediatría Atención Primaria

ISSN: 1139-7632

ISSN: 2174-4106

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

Morillo Gutiérrez, Beatriz; Albañil Ballesteros, M.^a Rosa; Onoda, Mamiko;
Jiménez Alés, Rafael; Lupiani Castellanos, M.^a Pilar; Ares Álvarez,
Josefa; Martín Peinador, Yolanda; Grupo de Patología Infecciosa (GPI)
Estudio multicéntrico nacional sobre la organización de las consultas de Pediatría de
Atención Primaria en España durante la primera ola de la pandemia de COVID-19
Pediatría Atención Primaria, vol. XXIII, núm. 92, 2021, Octubre-Diciembre, pp. 383-390
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366674141005>

- 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



Estudio multicéntrico nacional sobre la organización de las consultas de Pediatría de Atención Primaria en España durante la primera ola de la pandemia de COVID-19

Beatriz Morillo Gutiérrez^a, M.^a Rosa Albañil Ballesteros^b, Mamiko Onoda^c, Rafael Jiménez Alés^d, Pilar Lupiani Castellanos^e, Josefa Ares Álvarez^f, Yolanda Martín Peinador^g, Grupo de Patología Infecciosa (GPI)^h

Publicado en Internet:
23-noviembre-2021

Beatriz Morillo Gutiérrez:
beatriz.morillo.sspa@juntadeandalucia.es

^aPediatra. CS Aracena. Huelva. España • ^bPediatra. CS Cuzco. Fuenlabrada. Madrid. España • ^cPediatra. CS Valdeasfuentes. Alcobendas. Madrid. España • ^dPediatra. Consultorio La Roda de Andalucía. Sevilla. España • ^ePediatra. CS Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz. España • ^fPediatra. CS Virgen Peregrina. Pontevedra. España • ^gPediatra. CS Goya, Madrid. España • ^hAsociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap).

Resumen

Introducción: la pandemia de COVID-19 ha originado cambios organizativos en los centros de Atención Primaria (AP). El objetivo de este estudio es conocer los cambios producidos en las consultas de Pediatría de AP durante la primera ola de la pandemia por COVID-19.

Material y métodos: estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, multicéntrico y de ámbito nacional, a través de una encuesta dirigida a los pediatras de Atención Primaria (PAP) distribuida en junio de 2020. Se recogieron datos desde el 16 de marzo al 10 de mayo de 2020, dividido en cuatro periodos de dos semanas cada uno. Se preguntó sobre la forma de trabajar en los centros durante ese periodo: existencia de sistema de triaje, modalidad de atención, presencial o telefónica, y volumen de consultas atendidas.

Resultados: se consideraron válidas 105 encuestas de las 110 contestadas por PAP. Participaron pediatras de 17 comunidades autónomas (el 72,4% de medio urbano). Cubrían una población de 107 715 pacientes. Realizaron consulta telemática el 90,5% (38,1% antes de la pandemia). En todos los centros se realizó triaje. La media de pacientes atendidos por profesional en cada uno de los periodos considerados fue de 144, 114, 123, 136 (277, 214, 207 y 233 en los mismos periodos del año 2019). En el 88,6% de cupos se realizaron visitas presenciales del programa de salud infantil (PSI). De toda la población atendida, los PAP notificaron ingresos por cualquier motivo de 79 pacientes y en la unidad de cuidados intensivos (UCI) de siete. No se les notificó ningún fallecimiento.

Conclusiones: durante el periodo inicial de pandemia COVID-19 se registró en las consultas de Pediatría de AP un aumento muy importante de la consulta telemática y, paralelamente, una disminución significativa de la consulta presencial. Se instauraron sistemas de triaje. Se mantuvo una actividad muy alta en el PSI. Hubo un número muy bajo de ingresos y casos graves.

Palabras clave:

- Atención Primaria
- COVID-19
- Organización de la demanda
- Pediatría
- Telemedicina
- Triage

Nationwide multicentre study on the organization of primary care paediatrics services in the first wave of the COVID-19

Abstract

Introduction: the COVID-19 pandemic has driven changes in the organization of care delivery in primary care (PC) centres. The objective of our study was to describe the changes in PC paediatric care that took place in the first wave of the COVID-19 pandemic.

Material and methods: we conducted a nationwide, multicentre, retrospective, observational and descriptive study through a survey of PC paediatricians with distribution of the questionnaire in June 2020. We collected data from March 16 to May 10, 2020, divided in four 2-week periods. We asked about care delivery in these centres during this period: use of triage systems, modalities of care delivery (in person or by telephone) and volume of visits.

Cómo citar este artículo: Morillo Gutiérrez B, Albañil Ballesteros MR, Onoda M, Jiménez Alés R, Lupiani Castellanos MP, Ares Álvarez J, *et al.* Estudio multicéntrico nacional sobre la organización de las consultas de Pediatría de Atención Primaria en España durante la primera ola de la pandemia de COVID-19. Rev Pediatr Aten Primaria. 2021;23:383-90.

Palabras clave:

- COVID-19
- Demand management
- Paediatrics
- Primary Care
- Telemedicine
- Triage

Results: we received 105 responses by PC paediatricians, of which 110 were considered valid. We obtained responses from paediatricians in 17 autonomous communities (72.4% in urban settings). Respondents served a cumulative population of 107 715 patients. A total of 90.5% provided remote care (38.1% did before the pandemic). Triage was conducted in all centres. The mean number of patients managed per paediatrician in each of the time intervals under study was 144, 114, 123 and 136 (compared to 277, 214, 207 and 233 in the same periods in 2019). In 88.6% of the caseloads, in-person appointments were conducted as part of the child health programme (CHP). The total number of hospital admissions for any reason in the cumulative catchment population was of 79 patients, and the number of admissions to the intensive care unit was 7. The respondents did not report any deaths.

Conclusions: in the first wave of the COVID-19 pandemic, there was a substantial increase in remote primary care paediatric visits parallel to a significant decrease in in-person visits. Triage systems were implemented. There was still substantial activity in the CHP. The number of hospital admissions and cases of serious disease was very low.

INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019 las autoridades sanitarias de China comunicaron a la Organización Mundial de la Salud la aparición de una serie de casos de neumonía de causa desconocida. En pocos meses se expandió generando una pandemia¹. Las primeras investigaciones determinaron que se trataba de un nuevo tipo de coronavirus que denominaron SARS-CoV-2 y la enfermedad producida se denominó COVID-19. En España, como en el resto de los países, comenzaron a aparecer casos de enfermedad, leves en la mayoría de los notificados (80%), pero ante el incremento que se iba produciendo el sistema sanitario debía estar preparado. Las autoridades sanitarias españolas emitieron una serie de recomendaciones para el acceso de los pacientes a los centros sanitarios, su atención y seguimiento, y la vigilancia epidemiológica. Esto implicaba a todos los niveles asistenciales del sistema público y privado: hospitales, centros de Atención Primaria (AP), servicios de Salud Pública y Medicina Preventiva, que debían trabajar coordinadamente. Con los datos disponibles en esos momentos, se asumió que los niños no se contagiaban de manera significativa por el virus. Según el Informe de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)² con datos de los casos diagnosticados en España hasta el 10 de mayo de 2020, el porcentaje de niños diagnosticados era el 0,6% del total de notificados. Se hospitalizaron un 55,3% de los menores de dos años diagnosticados e ingresaron en la UCI el 11,1% de este grupo de edad. Hubo dos fallecidos. Esos

datos estaban sesgados por dos circunstancias: incluían casos con diagnóstico confirmado en un momento en el que no existía disponibilidad de medios diagnósticos en AP, lo que implicaba que los diagnósticos de confirmación solo tenían lugar en pacientes que consultaban en el hospital, sobre todo si ingresaban. Así se infravaloró la incidencia de casos y sobrevaloró la gravedad de los mismos. Las directrices de ingresar a los niños más pequeños que eran diagnosticados también contribuían a esa sobrevaloración de la gravedad³.

Una vez que se fue generalizando en AP la disponibilidad de pruebas diagnósticas, los datos epidemiológicos se han ido acercando cada vez más a la realidad. La información publicada aún es limitada en cuanto a los pacientes que se manejaron en AP, aunque ya disponemos de datos que dimensionan más adecuadamente el impacto que tuvo la COVID-19 en Pediatría en la primera ola. Según el estudio ENE-COVID de los casos diagnosticados después del 10 de mayo de 2020 y hasta la actualidad, los infectados menores de 15 años suponen el 11,9% del total, las hospitalizaciones en menores de dos años es del 2,3% y los ingresos en UCI el 0,1%, con un total de 19 fallecidos en todos los grupos de edad, lo que supone una letalidad inferior al 0,1%⁴. Estos datos reflejan que la enfermedad de la COVID-19 en la población pediátrica tiene una incidencia similar a la de los adultos, pero presentan menor gravedad. Pese a esto, aún se desconocía el papel epidemiológico que los menores podían representar. No se conocía su papel como transmisores, y tampoco era desdeñable el hecho de que

eran pacientes que obligatoriamente precisaban de acompañantes a las consultas que podían estar infectados y ser asintomáticos. Esta incertidumbre motivó cambios organizativos realizados en los centros de AP, con restricción del acceso y redistribución en las tareas de los profesionales, que han afectado a las consultas de Pediatría de AP y a la población a la que atienden.

El objetivo de nuestro estudio, promovido por el Grupo de Patología Infecciosa (GPI) de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), fue conocer cómo se planificó y llevó a cabo la asistencia en las consultas de Pediatría de AP durante la primera ola de la pandemia por COVID-19.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, multicéntrico y de ámbito nacional, realizado a partir de una encuesta dirigida a los pediatras de AP (PAP), y distribuida por medios digitales a los socios de la AEPap (5400 en febrero de 2020) mediante correo electrónico al listado completo de socios y a los suscriptores de la lista de distribución PEDIAP⁵ en junio de 2020. Se recogieron datos desde el 16 de marzo, tras la declaración del estado de alarma, al 10 de mayo de 2020, cuando se inició la fase de desescalada. Este tiempo se dividió para su análisis en cuatro periodos de 2 semanas cada uno. Se preguntó sobre la existencia o no de triaje en los centros y cuáles fueron los profesionales implicados en él. También sobre la modalidad de atención, presencial o telefónica, y volumen de consultas atendidas, incluyendo máximo y mínimo de pacientes por día. Los datos globales de demanda se compararon con los del mismo periodo de tiempo de 2019. Se llevó a cabo un análisis descriptivo univariado o bivariado en función de las variables a estudio. Los análisis estadísticos se realizaron mediante el programa estadístico SPSS, en su versión 24.

RESULTADOS

Se consideraron válidas 105 encuestas de las 110 contestadas por PAP. Trabajaban en medio urbano el 72,4%. Atendían a una población total de 107 715 pacientes, con una media de 1025 pacientes por cupo (rango 510-1700). Participaron PAP de 17 comunidades autónomas (CC. AA.), no recibiendo respuestas de Ceuta y Melilla. Madrid, Andalucía, Castilla y León y Aragón fueron las CC. AA. que aportaron un mayor número, con el 27%, 21%, 11% y 9% de participantes respectivamente. El 94,3% de los participantes ($n = 99$) contaba con un plan de contingencia en su centro para la situación de pandemia. Sin embargo, estos planes de contingencia se establecieron en fechas variables según el centro. Se tomaron como referencia las fechas en las que se decretó la transmisión comunitaria según distintas zonas del territorio nacional: 11 de marzo de 2020 para Madrid y La Rioja y 14 de marzo de 2020 para el resto de las comunidades. La media de días en la que fue instaurado dicho plan fue de 4 días con un rango de -9 a 108 días. La mediana fue de 2 días, con un rango intercuartílico (RIQ) de -4 a 5 días.

Durante el periodo registrado en todos los centros se estableció un sistema de triaje, bien presencial o telefónico, realizado por personal facultativo o de enfermería, siendo habitual la coexistencia de diferentes modalidades en el mismo centro. El 95% de los PAP realizó triaje telefónico (Tabla 1).

Cuatro profesionales que contestaron la encuesta realizaron exclusivamente teletrabajo, entendiéndose este como la no asistencia física al centro. Un 90,5% realizó seguimiento telemático de los pacientes, bien por teléfono u otros medios como

Tabla 1. Modalidades de triaje

Tipos de triaje	n.º	%
Presencial/enfermería	25	23,8%
Telefónico/enfermería	33	31,4%
Presencial/otro facultativo	15	14,2%
Telefónico/otro facultativo	23	22%
Telefónico/mismo facultativo	100	95%
No triaje en el centro	0	0%

Las columnas no suman el total de participantes porque podían coexistir varias modalidades de triaje en el mismo centro.

correo electrónico, desde la consulta física de AP. Antes de la pandemia de COVID-19 realizaba consulta telemática solo el 38% de ellos. El 53% de los encuestados siguieron atendiendo de forma integral a su propio cupo, mientras que el 46,5% de los encuestados refirieron que la organización de la asistencia implicó la atención dispensada en función de las características de los pacientes, separándose circuitos de atención a pacientes con sintomatología sugestiva de COVID-19 y de pacientes sin sintomatología sospechosa. La media de pacientes atendidos por cada profesional (de forma telemática o presencial) fue para cada uno de los cuatro periodos de 144, 114, 123 y 136, suponiendo un descenso del 47,8, 46,6, 40,6 y 41,5% respecto a los mismos periodos de 2019.

En el total del periodo de estudio, se realizaron un total de 54 169 consultas. Para cada uno de los cuatro periodos, la media de pacientes atendidos por día y PAP fue de, máximo, 21, 16, 20 y 24, y de mínimo, 8, 5, 7 y 10. La media de pacientes presenciales atendidos en 2020 cada día por cada PAP fue inferior a 5 en todos los periodos (Tabla 2).

Ingresaron en planta por cualquier motivo, incluyendo COVID-19 y otros procesos, 79 pacientes (0,07% de la población pediátrica atendida): 49, 12, 11 y 7 en cada uno de los periodos considerados y 7 en UCI pediátrica o neonatal (3, 1,3 y 0 en cada periodo), suponiendo el 0,006% de la población mencionada.

En cuanto a los programas de salud infantil (PSI), la mayoría de los centros siguió realizando algún tipo de actividad, aunque se redujeron al mínimo imprescindible las visitas, limitándose en algunos a realizar solo las correspondientes al primer mes de vida. Un 8,6% de los centros solo administraron va-

cunas. Todos los centros mantuvieron los programas de primovacunación, interrumpiéndose las vacunaciones de recuerdo y las no financiadas inicialmente. En cuanto al PSI, en un 74% de los centros se siguieron realizando visitas tanto por personal de enfermería como por facultativos. En un 14% las realizaron exclusivamente facultativos, en un 3% exclusivamente enfermería. En un 8,6% de los centros no se hicieron visitas del PSI y se limitaron a la administración de vacunas.

DISCUSIÓN

Durante los primeros meses de la pandemia se constató que la morbilidad por COVID-19 en población pediátrica en la primera ola fue mucho menor que la que supuso para el total de la población.

Al inicio de nuestro estudio, el 16 de marzo de 2020, fueron 9191 los casos de COVID-19 totales notificados a RENAVE. De 710 sobre los que se disponían datos epidemiológicos, 23 casos correspondían a niños de 0 a 14 años⁶.

Hasta el 11 de mayo de 2020, fecha en que acabó la recogida de datos, los casos comunicados de pacientes de 0 a 14 años fueron 1233, un 0,6 % del total (0,2% en menores de dos años, 0,1% entre dos y cuatro años y 0,3% entre 5 y 14 años). Se hospitalizaron el 55,3% de los menores de dos años, el 31% entre dos y cuatro años y el 22,9% entre 5 y 14 años e ingresó en UCI el 11,1, 4,3 y 5,1% de los pacientes, respectivamente. Fallecieron dos pacientes².

Datos posteriores del ya mencionado estudio nacional de seroepidemiología de la infección por SARS-CoV-2 en España, ENE-COVID⁴, cuyos resultados

Tabla 2. Distribución de la demanda

Periodo de estudio	Total pacientes*	Pacientes / profesional**			
		Total	Máximo / día	Mínimo / día	Presencial / día
Periodo 1	15 043	144	21	8	<5
Periodo 2	11 967	114	16	5	<5
Periodo 3	12 885	123	20	7	<5
Periodo 4	14 274	136	24	10	<5
Total	54 169	517			

finales de la primera fase se publicaron el 6 de julio de 2020, y que incluyó a 9171 (13,5%) menores de 15 años de un total de 68 296 participantes, observan un aumento de la incidencia de infección en población pediátrica pese a haber pasado desapercibida. Según este estudio, la prevalencia estimada de anticuerpos IgG frente a SARS-CoV-2 en España en la primera ola fue de un 5,2% (intervalo de confianza del 95% [IC 95]: 4,9 a 5,5), siendo en población pediátrica: del 3,7% en <1 año, 3,3% en 1-4 años, 2,9% en 5-9 años y 4,1% en 10-14 años.

Posteriormente se han publicados datos preliminares de una segunda fase (cuarta ronda) que comprende la segunda ola, pero dado que nuestro trabajo recoge la situación durante la primera, no entraremos en detalles.

En los datos recogidos en nuestro estudio, comprobamos igualmente una escasa morbilidad, con un porcentaje de ingresos hospitalarios por cualquier motivo de toda la población atendida del 0,7% y de ingresos en UCI del 0,006%. Existe igualmente una tendencia a la disminución en los ingresos entre los distintos periodos de estudio, y pese a que el motivo de ingreso no fue preguntado específicamente en el cuestionario, podríamos suponer que podría deberse a que inicialmente se ingresaron casos detectados COVID-19, incluso con clínica leve ante el desconocimiento de la enfermedad y en meses más avanzados se reservó el ingreso para aquellos que lo precisaban clínicamente. Apoyando esta teoría, los protocolos de asistencia al COVID-19 en población pediátrica inicialmente aconsejaban el ingreso hospitalario ante síntomas leves o en lactantes pequeños y neonatos, siendo menos estrictos en cuanto al ingreso en las sucesivas actualizaciones³.

Para los PAP, el principal impacto de la pandemia en su práctica diaria ha sido a nivel de organización asistencial, tanto de los centros en general como de la asistencia en la propia consulta.

La gran mayoría (94,3%) contó con un plan de contingencia en su centro, si bien el momento de su instauración tomando como referencia la declaración del estado de alarma fue variable entre ellos, algunos anticipándose y otros no contando con él

hasta 81 días después. La mediana de días en los que se instauró fue de 2 días (RIQ de -4 a 5).

Hemos registrado una importante disminución en el número de consultas totales realizadas respecto al año previo, tanto a nivel total, observándose descensos de entre el 47,8% y el 40,6% de consultas según el periodo, como de la asistencia presencial, siendo la inmensa mayoría de consultas telemáticas. No obstante, según las CC. AA. la disminución de pacientes atendidos pudo ser aún mayor de la constatada porque en el periodo considerado, en el año 2019 hubo festivos y fines de semana que se habilitaron como hábiles en 2020.

Al respecto de las modalidades de atención, la consulta telefónica estaba implementada desde hace años en España en Pediatría de AP, habiendo contribuido a mejorar la organización de la consulta y con una valoración positiva por parte de los usuarios, pero representaba un porcentaje bajo en relación con la actividad total⁷. Durante el periodo registrado realizaron consulta telemática más del 90% de los PAP, un dato muy relevante teniendo en cuenta que el 61,9% de los profesionales que respondieron la encuesta no realizaba consulta telemática previamente. Esta implementación y aumento de utilización de recursos telemáticos en las consultas de AP ha sido una práctica generalizada también en otros países. Se han comunicado aumentos incluso superiores al 86% en su uso⁸. Por ejemplo, en el Reino Unido el 97% de profesionales contaban con la posibilidad de videoconsultas y el 75% realizaron consultas en línea comparado con el 25% de consultas no presenciales realizadas el año previo⁹.

Si bien el confinamiento domiciliario y el cese de la actividad escolar¹⁰ han motivado una disminución en la morbilidad, fundamentalmente en los procesos infecciosos, y por tanto una disminución en la demanda asistencial, esto no explica el importante predominio de la consulta telemática sobre la presencial, que se ha visto reducida de manera considerable. Hay que considerar que se intentó evitar en primera instancia la asistencia de presencia física a los pacientes a los centros de salud, instaurándose en estos un sistema de triaje previo

que en su mayor parte fue telefónico. En España existen experiencias previas de triaje de Pediatría en AP^{11,12}, así como recomendaciones sobre su implantación y desarrollo^{13,14}, pero hasta ahora no ha sido una práctica generalizada. El sistema de triaje no solo ha sido imprescindible en el momento actual en el que es importante disminuir la asistencia de los ciudadanos a los centros sanitarios. También su desarrollo e implementación adecuada puede optimizar la asistencia de cara al futuro para reconducir el tipo de asistencia y disminuir tanto la demanda como la actividad presencial. Durante la pandemia COVID se han diseñado, incluso, sistemas de autotriaje integrados en los sistemas electrónicos de registro con una sensibilidad del 87,5% para detectar situaciones de emergencia¹⁵. En nuestro estudio, el triaje se ha realizado principalmente por facultativos, siendo deseable una implicación mayor del personal de enfermería en esta función.

La disminución mencionada tan importante de la consulta presencial tras el triaje parece indicar que se han resuelto de manera telemática, además de actos administrativos o burocráticos, un considerable número de procesos clínicos.

En el momento actual estos recursos han hecho posible disminuir la transmisión derivada de la asistencia sanitaria, evitar desplazamientos, incorporar a profesionales que por distintos factores de riesgo personal deben evitar la consulta presencial, y el seguimiento de un gran número de pacientes¹⁶. Asimismo ha servido para paliar la interrupción de actividad de los servicios de salud y mantener algunas actividades del PSI. Se configura así como una alternativa o, al menos, un complemento importante a la asistencia convencional^{17,18}. De hecho, una amplia difusión de los servicios de telemedicina era uno de los objetivos de la Agenda Digital para Europa a conseguir para el año 2020.

Toda la experiencia adquirida debe utilizarse y optimizarse si, como parece, la pandemia COVID-19 va a ser una situación sin resolución a corto plazo, pese al inicio de la campaña de vacunación. Hay documentos específicos que abordan los aspectos

de telemedicina en la asistencia pediátrica¹⁹. No obstante, diversos autores advierten sobre posibles límites de estos recursos relacionados con la dificultad de acceso a la tecnología, barreras idiomáticas o dificultades auditivas. Esto podría aumentar las desigualdades en salud^{9,20}. También se suscitan dudas acerca de la utilización de medios privados ajenos al sistema sanitario, seguridad de los medios utilizados, confidencialidad de los datos, incorporación a la historia clínica de las consultas realizadas o falta de apoyo de las administraciones sanitarias para su desarrollo^{18,21}. En resumen, urge que, de la misma forma que la Organización Médica Colegial de España ya en 2014 editó *Ética y redes sociales. Manual de estilo para médicos y estudiantes de medicina*²², el Sistema Nacional de Salud ponga en marcha, regule y articule su práctica.

En cuanto al PSI y vacunas, un porcentaje muy elevado -casi el 90%- de los PAP encuestados continuaron participando en el mismo, y aunque nuestra encuesta no preguntó qué visitas se realizaron ni qué vacunas se administraron, podemos inferir que dada la disminución de coberturas vacunales observada²³, las visitas mantenidas fueron las de los niños más pequeños.

Cabe señalar también que se registraron muy pocos casos graves. Si bien pudieran haberse producido otros no conocidos por los PAP encuestados, no nos parece probable dado que se trata de un estudio retrospectivo en el que se recogen los datos hasta un mes después del final del periodo estudiado. Además, la mayoría de los sistemas sanitarios disponen de volcado de los informes de los pacientes atendidos en el nivel hospitalario público en la historia clínica de AP.

Nuestro estudio presenta numerosas limitaciones. La muestra de 105 profesionales no puede considerarse representativa del total de los 6622 pediatras que, según datos de 2018 del Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad, ejercen en AP²⁴. Sin embargo, nos ofrece datos del tipo de asistencia recibida por un número importante de niños, 107 715, y puede ofrecer una aproximación a la asistencia recibida en AP por la población pediátrica. Como es habitual en otras encuestas realizadas

a PAP el mayor número de respuestas provienen de Andalucía y Madrid, pero en esta ocasión llama la atención, el porcentaje de respuestas de Castilla y León, quizá por ser también una de las CC. AA. con más cifras de afectados⁴ y quizá por ello con una mayor sensibilización de sus profesionales.

CONCLUSIONES

Durante el periodo inicial de pandemia de COVID-19, conocido como primera ola, se ha registrado en las consultas de Pediatría de AP una disminución considerable de la demanda asistencial y en especial de la consulta presencial. La consulta telemática ha pasado de un 38,11% a un 90,47%. Se han instaurado sistemas de triaje en los que los PAP se han implicado con una alta frecuencia. El PSI se ha mantenido en la mayoría de los centros con una muy alta participación de los pediatras. Se registraron muy pocos casos graves en los cupos de los pediatras encuestados. Pese a que los niños presentaban incidencias similares de seroprevalencia a los adultos, su morbilidad es mucho menor.

BIBLIOGRAFÍA

1. COVID-19 pandemic. En: European Centre for Disease Prevention and Control [en línea] [consultado el 18/11/2021]. Disponible en www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-pandemic
2. Situación de COVID-19 en España. Informe n.º 30. 11 de mayo de 2020. En: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica en España (RENAVE) [en línea] [consultado el 18/11/2021]. Disponible en <https://cutt.ly/LTEKZye>
3. AEPap, SEIP, SEPEAP, AEP. Manejo pediátrico en Atención Primaria del COVID-19. En: Ministerio de Sanidad [en línea] [consultado el 18/11/2021]. Disponible en www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo_Pediatría_ap.pdf
4. Pollán M, Pérez-Gómez B, Pastor-Barriuso R, Oteo J, Hernán MA, Pérez-Olmeda M, et al. Prevalence of SARS-CoV-2 in Spain (ENE-COVID): a nationwide,

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 • **CC. AA.:** comunidades autónomas • **GPI:** Grupo de Patología Infecciosa de la AEPap • **IC 95:** intervalo de confianza del 95 • **PAP:** pediatras de Atención Primaria • **PSI:** programas de salud infantil • **RENAVE:** Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica • **RIQ:** rango intercuartílico • **UCI:** unidad de cuidados intensivos.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todos los pediatras que han participado desinteresadamente aportando sus datos en estos tiempos especialmente difíciles, así como a la fundación FABIS de Huelva, por su ayuda para el diseño, análisis estadístico y aprobación del proyecto.

population-based seroepidemiological study. *Lancet*. 2020;396:535-44.

5. RedIRIS - Foro general sobre Pediatría [en línea] [consultado el 18/11/2021]. Disponible en www.rediris.es/list/info/pediap.html
6. Situación de COVID-19 en España. Informe n.º 10. 16 de marzo de 2020. En: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica en España (RENAVE) [en línea] [consultado el 18/11/2021]. Disponible en <https://cutt.ly/rTElR1k>
7. Monsalve Saiz M, Peñalba Citores AC, Lastra Gutiérrez S. La consulta telefónica en Atención Primaria: ¿está justificada? *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2013;15:329-31.
8. Bokolo JR. Use of Telemedicine and Virtual Care for Remote Treatment in Response to COVID-19 Pandemic. *J Med Syst*. 2020;44:132.
9. Majeed A, Maile EJ, Bindman AB. The primary care response to COVID-19 in England's National Health Service. *J R Soc Med*. 2020;113:208-10.

10. Montiano Jorge J, Ocio Ocio I, Díez López I, Matilla Fernández A, Bosque Zabala A. ¿Qué pasaría si cerrasen las guarderías? *An Pediatría (Barc)*. 2006;65:556-60.
11. García de Ribera MC, Bachiller Luque MR, Vázquez Fernández M, Barrio Alonso MP, Hernández Velázquez P, Hernández Vázquez AM. Triage de las urgencias pediátricas en Atención Primaria en España mediante telefonía móvil. Análisis de un modelo en una zona de salud. *Rev Calidad Asistencial*. 2013;28:174-80.
12. Mendiola Ruiz R, Gondra Sangroniz L, Ormaechea Goiri V, Martínez Eizaguirre JM, Tadeo Múgica A, Bretos Paternain C, et al. Triage telefónico en Atención Primaria: análisis de la implantación de un modelo. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2014;16:205-10.
13. Protocolo de triaje en Pediatría de Atención Primaria. En: Osakidetza [en línea] [consultado el 22/11/2021]. Disponible en www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/gidep_epdt/es_def/adjuntos/GIDEP_Triage_AP.pdf
14. Álvarez de Laviada Mulero T, Martínez Pons M, Mínguez Verdejo R, Sebastián Barberán V, Serrano Poveda E, Suárez Vicent E, et al. Recomendaciones para la atención de urgencias y consultas no demorables en la consulta pediátrica de Atención Primaria. Informe GATPAP. En: AEPAP [en línea] [consultado el 22/11/2021]. Disponible en www.aepap.org/sites/default/files/noticia/archivos-adjuntos/informe_gatpap.pdf
15. Judson TJ, Odisho AY, Neinstein AB, Chao J, Williams A, Miller C, et al. Rapid Design and Implementation of an Integrated Patient Self-Triage and Self-Scheduling Tool for COVID-19. *J Am Med Inform Assoc JAMIA*. 2020;27:860-6.
16. Vidal-Alaball J, Acosta-Roja R, Pastor Hernández N, Sánchez Luque U, Morrison D, Narejos Pérez S, et al. Telemedicine in the face of the COVID-19 pandemic. *Aten Primaria*. 2020;52:418-22.
17. Fagherazzi G, Goetzinger C, Rashid MA, Aguayo GA, Huiart L. Digital Health Strategies to Fight COVID-19 Worldwide: Challenges, Recommendations, and a Call for Papers. *J Med Internet Res*. 2020;22:e19284.
18. Bravo Acuña J, Merino Moína M. Uso de nuevas tecnologías en la comunicación con los pacientes, su utilidad y sus riesgos. *An Pediatría (Barc)*. 2020;92:251-2.
19. Burke BL Jr, Hall RW; Section on Telehealth Care. Telemedicine: Pediatric Applications. *Pediatrics*. 2015;136:e293-e308.
20. Katzow MW, Steinway C, Jan S. Telemedicine and Health Disparities During COVID-19. *Pediatrics*. 2020;146:e20201586.
21. Muñoz Fernández L, Díaz García E, Gallego Riestra S. Las responsabilidades derivadas del uso de las tecnologías de la información y comunicación en el ejercicio de las profesiones sanitarias. *An Pediatría (Barc)*. 2020;92:307.e1-307.e6.
22. Gutiérrez Fernández R, Jiménez Aldasoro M, Lalandá Sanmiguel M, Olalde Quintana R, Satué Vallvé B, Taberner Ferrer, R et al. Ética y redes sociales. Manual de estilo para médicos y estudiantes de medicina. Organización Médica Colegial; 2016.
23. Moraga FA. Las vacunaciones caen durante la pandemia. *Adolescere*. 2020;VIII.
24. Consulta Interactiva del SNS. En: Portal Estadístico. Ministerio de Sanidad [en línea] [consultado el 22/11/2021]. Disponible en <https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/I/sistema-de-informacion-de-atencion-primaria-siap/sumen-grafico-siap/centros-y-profesionales>