

# PROPUESTA DE ABORDAJE Y ORGANIZACIÓN DE LAS CONSULTAS DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 (OTOÑO-INVIERNO 2020-2021)

## 1.- INTRODUCCIÓN

Durante los meses de marzo a mayo, la asistencia pediátrica en atención primaria 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 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 pendientes<sup>1</sup>.

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 debemos 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

<sup>1</sup> Moraga Llop F. Las vacunaciones caen durante la pandemia. ADOLESCERE • Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia • Volumen VIII • Julio - agosto 2020

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 periodo<sup>2</sup>. Algo similar hemos observado durante el confinamiento, ya que los niños se han contagiado menos de los virus propios de esta época del año.

### 1.1.- IMPACTO DEL SARS-COV-2 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 hospitalario<sup>3</sup>. El porcentaje de casos de COVID-19 en el resto del mundo se estima entre el 1,1% al 2,2% de la población pediátrica<sup>4-5</sup>. 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 población<sup>6</sup>.

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 10 años y a partir de 10 años, hay datos sobre que podrían contagiar igual que el adulto.<sup>7-8</sup>.

<sup>2</sup> Montiano Jorge J, OcioOcio I, Díez López I, Mantilla Fernández A, Bosque Zabala A. ¿Qué pasaría si cerrasen las guarderías? *AnPediatr.* (Barc) 2006; 65: 556-60.

<sup>3</sup> Tagarro A, Epalza C, Santos M, et al. Screening and Severity of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Children in Madrid, Spain. *JAMA Pediatr* 2020 Apr 8; e201346. doi: 10.1001/jamapediatrics.2020.1346.

<sup>4</sup> Su L, Ma X, Yu H, 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. *Emerging Microbes and Infection* 2020; 9(1): 707-13.

<sup>5</sup> CDC COVID-19 Response Team. Coronavirus Disease 2019 in Children — United States, February 12–April 2, 2020. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report.* ePub: 6 April 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6914e4>

<sup>6</sup> [https://www.msrebs.gob.es/ciudadanos/ene-covid/docs/ESTUDIO\\_ENE-COVID19\\_INFORME\\_FINAL.pdf](https://www.msrebs.gob.es/ciudadanos/ene-covid/docs/ESTUDIO_ENE-COVID19_INFORME_FINAL.pdf)

<sup>7</sup> [Luis Rajmil](#) . Role of Children in the Transmission of the COVID-19 Pandemic: A Rapid Scoping Review *BMJ PaediatrOpen* . 2020 Jun 21;4(1):e000722. doi: 10.1136/bmjpo-2020-000722. eCollection 2020.

Ahora, en pleno rebrote que estamos viendo en alguna autonomía, 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.

## **1.2.-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 distress respiratorio 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 inflamatorios<sup>9</sup>.

<sup>8</sup> Posfay-Barbe KM, Wagner N, Gauthey M, Moussaoui D, Loevy N, Diana A, L'Huillier AG. COVID-19 in Children and the Dynamics of Infection in Families. PEDIATRICS Volume 146, number 2, August 2020

<sup>9</sup> Wang Y, Zhu F, Wang C, Wu J, Liu J, Chen X, Xiao H, Liu Z, Wu Z, Lu X, Ma J, Zeng Y, Peng H, Sun D. [Children Hospitalized With Severe COVID-19 in Wuhan.](#) Pediatr Infect Dis J. 2020 Jul;39(7):e91-e94. doi: 10.1097/INF.0000000000002739.

El periodo de incubación se estima similar al de la población adulta, con un intervalo de 2 a 14 días, y una media de 10 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 existe tratamiento específico para el Sars-CoV-2. El manejo sigue siendo sintomático en atención primaria 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 (p. 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 (RT-PCR) para SARS-CoV-2, el virus que causa la enfermedad de COVID-19, en una muestra obtenida de nasofaringe (u orofaringe) con un hisopo. 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 objetivar, entre los síntomas que presentan los niños, cuales son los más probables que correspondan a Covid-19.

### 1.3.- BUENAS PRÁCTICAS PARA PEDIATRAS EN EL MANEJO DE LA CONSULTA (COVID-19)<sup>10</sup>

- Se aconseja realizar contactos con educación, servicios sociales y cualquier otro centro en el 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 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 AEPap y 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

<sup>10</sup> COVID-19 - guidance for paediatric services  
<https://www.rcpch.ac.uk/resources/covid-19-guidance-paediatric-services>

desfavorecidos y se aumenta la brecha cultural y social entre los niños con diferentes posibilidades de acceso a la cultura y la educación<sup>11</sup>.

Estas propuestas y recomendaciones están en continua actualización, en función del desarrollo de la pandemia por Sars-CoV-2.

## **2.- PROPUESTA DE ABORDAJE Y ORGANIZACIÓN PARA 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/telemáticas y el mantenimiento de los dos circuitos de asistencia “sospecha de COVID” y “No sospecha de COVID”.

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 adecúe a la agenda del pediatra.

A modo de ejemplo de agenda, adjuntamos la elaborada por los coordinadores de pediatría de la CCAA de Madrid, en el Anexo 1, aunque se pueden realizar otras agendas, para ajustar los tiempos a las necesidades asistenciales de cada centro.

<sup>11</sup> Nota de prensa SaveTheChildren- AEPap sobre a apertura de los centros escolares infantiles. <https://www.savethechildren.es/notasprensa/save-children-y-la-asociacion-espanola-de-pediatria-de-atencion-primaria-recomiendan-la>

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 Programa Salud Infantil (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 (TEA) 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 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, app, cita web) se deberá incluir un mensaje al paciente /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 3 años (“Hola, soy tu pediatra”) para disminuir el temor y la ansiedad del niño frente al EPI.
- ✓ Directrices de uso de equipos de protección (EPIs) actualizadas.
- ✓ Eliminar procedimientos de generación de aerosol en el centro de salud.



## **A. Circuito “Limpio o No sospecha de COVID”**

Durante la pandemia este circuito se ha utilizado para patologías no infecciosas, Programa de Salud Infantil (PSI) y vacunaciones hasta los 15 meses de vida<sup>12</sup>.

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.**

## **B. Circuito con “Sospecha de COVID”**

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 2 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.

<sup>12</sup> Nota informativa Prioridades del programa de vacunación durante el estado de alarma debido a COVID-19. 25 de marzo de 2020. Comisión de salud pública.  
[https://www.mschs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/COVID-19\\_Vacunacionprioritaria.pdf](https://www.mschs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/COVID-19_Vacunacionprioritaria.pdf)

### 3.- ASPECTOS PRÁCTICOS PARA OPTIMIZAR LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA.

#### A. CONSULTAS TELEFÓNICAS Y TELEMÁTICAS

- ✓ Se deben mantener las consultas telefónicas como triaje para establecer si es preciso una visita presencial. **No se puede 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 10 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 resolutive para intentar solucionar la demanda asistencial sin necesidad de consulta presencial.

Aconsejamos desarrollar más la telemedicina, siendo fundamental adecuar los sistemas informáticos 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 videos 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 médico<sup>13</sup>.
- ✓ Potenciar la teleconsulta (e-consulta) con atención hospitalaria.

## **B. 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 influenzae, *Streptococcus pyogenes*, rinovirus, rotavirus, etc. Por ello consideramos imprescindible, para aumentar la capacidad

<sup>13</sup> Código de Deontología Médica.  
[https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo\\_deontologia\\_medica.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf)

resolutiva 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 (TDR) frente a gripe A y B/ *Streptococcus pyogenes*/ VRS/ y rotavirus, para hacer un diagnóstico de certeza y/o posibilidad de realizar en la misma muestra de PCR para la detección de VSR, gripe y Sars-CoV-2.

### **C. 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, pantalla 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 10 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 segura <sup>14</sup>. 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 programa de salud infantil.

<sup>14</sup> [Coronavirus Disease 2019 \(COVID-19\). https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/pediatric-hcp.html.](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/pediatric-hcp.html)

- ✓ 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 3 años, independientemente del motivo de la consulta.

#### **D. 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 8h y a las 16h, 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.

## E. 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<sup>15-16</sup> han desarrollado las siguientes directrices:

### 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

<sup>15</sup> The acute management of paediatric coronavirus disease 2019 (COVID-19)  
<https://www.cps.ca/en/documents/position/the-acute-management-of-paediatric-coronavirus-disease-2019covid-19>

<sup>16</sup> COVID-19 - guidance for paediatric services  
<https://www.rcpch.ac.uk/resources/covid-19-guidance-paediatric-services>

antibioterapia de forma inmediata o diferida para pacientes con 4-5 puntos en la escala FeverPAIN o 3-4 en la de Centor<sup>17</sup>.

- ✓ En el caso en el que un test rápido de estreptococo<sup>18</sup>, 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.

## 4.- APOYO Y COORDINACION INSTITUCIONAL

Várias SSCC de pediatría de diferentes comunidades autónomas<sup>19-20</sup>, 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 actualmente<sup>21</sup>, donde se indica

<sup>17</sup> R. Piñero et al. Actualización del Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. AnPediatr (Barc). 2020 Jun 27; S1695-4033(20)30184-3. doi: 10.1016/j.anpedi.2020.05.004.

<sup>18</sup> Cubero Santos A, García Vera C, Lupiani Castellanos P. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Faringoamigdalitis. AEPap. 2015 (en línea). Disponible en [algoritmos.aepap.org](http://algoritmos.aepap.org)

<sup>19</sup> Comunicado conjunto AMPap-SPMyCM- Coordinadores de Pediatría de Madrid sobre justificación de ausencias escolares y atención sin cita. [http://www.ampap.es/wp-content/uploads/2020/06/22%C2%AD\\_06\\_2020-Justificantes-y-asistencia-sin-cita.pdf](http://www.ampap.es/wp-content/uploads/2020/06/22%C2%AD_06_2020-Justificantes-y-asistencia-sin-cita.pdf)

<sup>20</sup> La Pediatría de Atención Primaria y la vuelta a la actividad escolar. <https://apermap.com/wp-content/uploads/carta3614.pdf>.

<sup>21</sup> Medidas de prevención e higiene frente a Covid-19 para la reapertura parcial de centros educativos en el curso 2019-2020. Ministerio de Educación y Formación Profesional y del Ministerio de Sanidad. Fecha de publicación: 14/05/2020. Consultado el 20/06/2020. Disponible en: <http://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:52e023fd-339f-48af-96f1-ddd6ad77c4fd/20200514-medidas-sanitarias-para-reapertura-centros-fase-2-final.pdf>



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/tutores legales del centro educativo, ya que en los centros de salud se debe de 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/ tutores legales solicitan un informe que certifique que han acudido con su hijo/a 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 CCAA 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 o/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/tutores legales ni para los alumnos que abandonen el colegio por motivos médicos.

## ANEXO 1: DOCUMENTO REALIZADO POR LOS COORDINADORES DE PEDIATRÍA DE AP DE MADRID

### Modelo de agenda de un pediatra único por turno

8.00- 8.30	14.00- 15.00	REUNIONES INTRACENTRO	30 min-1 hora
8.30- 9.00	15.00- 15.30	GESTIONAR LOS CITADOS MEDIANTE LLAMADA TELEFÓNICA Y RESOLVER <sup>(1)</sup>	30 min <sup>(7)</sup>
9.00- 10.00	15.30- 16.30	REVISIONES NIÑO PROGRAMA SALUD INFANTIL <sup>(2)</sup>	1 hora
10.00- 10.30	16.30- 17.00	RESPONDER A CORREOS <sup>(3)</sup>	30 min
10.30- 11.30	17.00- 18.00	ATENCIÓN PATOLOGÍA NO SOSPECHOSA COVID <sup>(4)</sup> guantes, gafas o pantalla, mascarilla FFP2	1 hora
11.30- 12.00	18.00- 18.30	DESCANSO <sup>(5)</sup>	30 min
12.00- 13.00	18.30- 19.30	ATENCIÓN A PATOLOGÍA RESPIRATORIA Y SOSPECHA COVID EPI, gafas o pantalla, gorro, mascarilla FFP2, doble guante	1 hora
13.00- 13.30	19.30- 20.00	RESPONDER LLAMADAS TELEFÓNICAS SURJAN DURANTE LA JORNADA <sup>(6)</sup>	30 min

(1) En una etapa epidemiológica en la que sigue habiendo transmisión comunitaria no contralada 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 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, app, teléfono con los administrativos). Mañana: 10.30 – 13.00h y tarde: 17.00 – 19.30h.

(5) Descanso y tiempo a que se alivie la sala espera y para vestirse con los EPIS.

(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.