

**PROTOCOLO MANEJO  
CLÍNICO PEDIATRÍA AP  
SOSPECHA COVID-19\***

**ENTRADA**

- Si **contacto telefónico**, valorar edad, contexto epidémico familiar, fiebre y duración, estado general, signos aparentes de dificultad respiratoria
- Si se valoran leves, tratamiento sintomático y medidas aislamiento del niño y sus contactos estrechos. Planificar control telefónico.
- Fiebre prolongada, mal estado o necesidad auscultar: planificar visita
- **Individualizar decisión si factores de riesgo** y estado de convivientes

- Si **contacto presencial** ante clínica compatible: dirigir a sala habilitada/ EPI
- Mascarilla niño y acompañante (no en < 1 año, permanecer en sillita, si mayor de 1 año y no tolera mascarilla mantener 2 metros de distancia) Lavado manos gel hidroalcohólico: cuidador y niño

**TRIÁNGULO DE EVALUACIÓN PEDIÁTRICA**

**1- Factores de riesgo <sup>1</sup>:**

- Inmunodeprimidos
- Cardiopatías
- E. Neuromusculares / encefalopatías moderadas graves
- E. respiratoria crónica
- Diabetes 1 mal controlada
- Otros

**2- Valoración clínica:**

- Fiebre ( $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ )
- Tos
- Dificultad respiratoria
- Síntomas inespecíficos: cefalea, dolor muscular, malestar general, odinofagia, congestión nasal, síntomas GI

**3- Exploración física:**

- Estado general
- Frecuencia respiratoria
- Saturación  $\text{O}_2$
- ACP
- Resto EF sólo si síntomas (otoscopia, orofaringe)

**LEVE- infección no complicada**

- BEG/sensorio normal
- No dificultad respiratoria
- No signos de deshidratación, ni sepsis
- ACP N, Sat  $\text{O}_2 > 95\%$

**NO FACTOR RIESGO**

- Tto sintomático
- Aislamiento
- Seguimiento telefónico

**SI FACTOR RIESGO**

- (o conviviente con FR)
- **INDIVIDUALIZAR<sup>1</sup>**
- Aislamiento
- Seguimiento telefónico diario si no precisa derivación.

**MODERADO- infección respiratoria vías bajas no grave**

- BEG/AEG
- Tos, Dificultad respiratoria moderada
- Taquipnea: < 2 meses  $\geq 60$  rpm; 2–11 meses,  $\geq 50$  rpm; 1–5 años,  $\geq 40$  rpm; >5 años  $\geq 30$  rpm; adolescentes  $\geq 20$  rpm
- Sat  $\text{O}_2 \geq 92\%$
- Fiebre (no siempre presente)

**NO FACTOR DE RIESGO**

**NO sugestivo de neumonía**

- Tto individualizado (si precisa BD en cámara espaciadora)
- **CONTROL TFNO/PRESENCIAL EN 24-48 h**

Normal

**SI FACTOR RIESGO**

**SOSPECHA clínica de neumonía**

**RX TÓRAX URGENTE**

**GRAVE- infección respiratoria vías bajas grave**

- Mal estado general/letargia
- Tos, Dificultad respiratoria severa
- Sat  $\text{O}_2 < 92\%$  (<90% en RNPT)
- Taquipnea severa:  $\geq 70$  rpm <1 año;  $\geq 50$  rpm en >1 año;  $\geq 30$  rpm adolescentes
- ACP: hipoventilación global, crepitantes bilaterales
- Apneas

**• ESTABILIZACIÓN,  $\text{O}_2$**

- Si precisa BD: MDI en cámara espaciadora
- NO AEROSOL**

**• TRASLADO HOSPITAL**

**Alterada: individualizar<sup>2</sup>**

Derivación hospital o Tto antibiótico domiciliario (según edad/patrón RX) con seguimiento diario hasta mejoría.

Abreviaturas: EPI: equipo de protección individual; GI: gastrointestinal; ACP: auscultación cardiopulmonar; EF exploración física; BEG: buen estado general; AEG: aceptable estado general; rpm: respiraciones por minuto; RNPT: recién nacidos pretérmino; Tto: tratamiento; BD: broncodilatadores

## **\*CONSIDERACIONES DE LOS AUTORES**

**García Sánchez JA, Rodríguez Arranz C, García Vera C; GPI-AEPap**

La enorme variabilidad existente en el momento actual en la asistencia pediátrica, con diferentes condiciones epidemiológicas, acceso a pruebas diagnósticas (radiología, analítica y PCR viral), restricción de consultas presenciales, cierre de centros de salud, concentración de atención pediátrica hospitalaria urgente en algunos centros y zonas y diferente grado de coordinación entre niveles asistenciales, impide hacer recomendaciones generalizadas para todos los profesionales de AP. Así mismo, la todavía escasa evidencia disponible sobre la infección COVID-19 solo permite hacer las siguientes recomendaciones:

- <sup>1</sup> Deben identificarse los pacientes incluidos en grupos de riesgo y seguir con ellos el protocolo establecido, siempre de acuerdo con su especialista en su centro de referencia (ver Tabla 1 a partir del "DOCUMENTO DE MANEJO CLINICO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON INFECCION POR SARS-CoV-2" de AEP, SEIP, SECIP, SEUP).
- Como norma general el aislamiento se mantendrá en los casos leves hasta transcurridos 14 días desde el inicio de los síntomas, siempre que el cuadro clínico se haya resuelto. En los casos moderados/graves que hayan precisado ingreso debe mantenerse hasta 14 días desde el alta siempre que el cuadro clínico se haya resuelto o hasta que se obtenga un resultado de laboratorio negativo.
- En el momento actual se recomienda evitar la administración de aerosoles a cualquier paciente. Es preferible el uso de dispositivos MDI con cámara espaciadora.
- Pueden existir infecciones COVID-19, incluso neumonías, en ausencia de fiebre.
- Aunque los pacientes pediátricos con COVID-19 siguen un mejor curso que los adultos, dados el empeoramiento descrito en estos pacientes se recomienda, además:
  - Vigilar la evolución de los procesos respiratorios durante más tiempo del habitual, hasta la segunda semana a partir del inicio de los síntomas
  - Especial vigilancia en menores de 12 meses (grupo pediátrico de peor evolución).
  - Valoración hospitalaria de menores de 3 meses con fiebre sin foco en presencia o no de síntomas de vía respiratoria inferior/superior.
  - <sup>2</sup> Valorar derivación hospitalaria en neumonía si fiebre persistente, no respuesta tras 48 horas de tto ambulatorio o sospecha de etiología viral (patrón radiológico, neumonía afebril), para realizar analítica, filiar COVID-19 y considerar ingreso.
- En el momento actual está en evaluación la seguridad de la utilización de ibuprofeno en COVID-19 por el Comité de Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia de la UE.

**Tabla -1**

<b>Inmunodeprimidos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Inmunodeficiencias primarias</li><li>- Trasplante órgano sólido o progenitores hematopoyéticos</li><li>- Tratamiento con quimioterapia, inmunosupresores o fármacos biológicos</li><li>- VIH mal controlado (carga viral detectable, disminución CD4 o inversión cociente CD4/CD8)</li></ul>
<b>Cardiopatías</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Con repercusión hemodinámica</li><li>- Precisan tratamiento médico</li><li>- Hipertensión pulmonar</li><li>- En lista de espera de trasplante</li><li>- Postoperatorio reciente de cirugía o cateterismo</li></ul>
<b>Patología respiratoria crónica (neumopatías crónicas)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Fibrosis quística</li><li>- Displasia broncopulmonar</li><li>- Asma grave</li><li>- Portadores de traqueostomía, oxigenoterapia o VM domiciliaria</li></ul>
<b>Otros</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Diálisis</li><li>- Drepanocitosis</li><li>- DM tipo 1 con mal control metabólico</li><li>- Malnutrición severa, intestino corto, epidermólisis bullosa, encefalopatías graves, miopatías, errores congénitos del metabolismo (Excluido déficit de Ig A)</li></ul>

Fuentes: [Documento de manejo clínico del paciente pediátrico con infección por SARS-CoV-2. Actualización 29/3/2020 – AEP-SEIP-SEUP-SECIP, Documento consenso AEP-AEPap-SEPEAP covid19 -5 Marzo 2020](#), [Protocolo manejo clínico en el centro COVID19-ministerio Sanidad 03032020](#), [Protocolo CS Alpes](#)

Abreviaturas: EPI: equipo de protección individual; GI: gastrointestinal; ACP: auscultación cardiopulmonar; EF: exploración física; BEG: buen estado general; AEG: aceptable estado general; rpm: respiraciones por minuto; RNPT: recién nacidos pretérmino; Tto: tratamiento; BD: broncodilatadores