



Región de Murcia
Consejería de Salud



MANEJO PEDIÁTRICO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE COVID-19

ADAPTACIÓN PARA EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

Actualizado a 3 de mayo de 2021

03/05/2021 12:55:45

AVALEA VIGIERAS, ISABEL

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-2048d97e-able-c59-926b-0050509b6280





03/05/2021 12:55:45
AVALEA VIGUERAS, ISABEL

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-2048d97e-able-c59-926b-0050509b6280

CONTROL DE REVISIONES

Fecha	Descripción de la modificación
31/03/2020	1º Edición
27/10/2020	2ª Edición
12/01/2021	3ª Edición:
03/05/2021	4ª Edición: <ul style="list-style-type: none">- Actualización Epidemiología.- Actualización Pruebas diagnósticas de infección activa por SARS-COV-2 (PDIA)- Manejo de casos sintomáticos.- Introducción Manejo de casos con PDIA positiva y antecedentes de infección previa.- Actualización Manejo de contactos.- Actualización Actuaciones en el Equipo de Atención Primaria ante un caso positivo en centros escolares.



Coordinación Institucional

Isabel Ayala Viguera. Directora General de Asistencia Sanitaria.

María Jesús Ferrández Cámara. Subdirectora General de Atención Sanitaria y Continuidad Asistencial.

Coordinación Técnica

Beatriz Garnica Martínez. Coordinadora Regional de Pediatría. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

M^a Dolores Hernández Gil. Pediatra de Atención Primaria. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Coordinación Clínica

Juan José Viguera Abellán. Pediatra de Atención Primaria.

Autores

Antonio Iofrío de Arce. Facultativo Especialista de Pediatría de Atención Primaria.

Jesús Enrique Meca Garrido. Facultativo Especialista de Pediatría de Atención Primaria.

Juan José Viguera Abellán. Facultativo Especialista de Pediatría de Atención Primaria.

Arantxa Viudes de Velasco. Facultativo Especialista de Pediatría de Atención Primaria.

M^a Dolores Hernández Gil. Facultativo Especialista de Pediatría de Atención Primaria.

Eloísa Cervantes Hernández. Facultativo Especialista de Pediatría de Atención Hospitalaria.

Ana Menasalvas Ruiz. Facultativo Especialista de Pediatría de Atención Hospitalaria.

M^a Concepción Rex Nicolás. Facultativo Especialista de Pediatría de Atención Hospitalaria.

Carmen Solano Navarro. Facultativo Especialista de Pediatría de Atención Hospitalaria.

Joaquín Susmozas Sánchez. Facultativo Especialista de Pediatría de Atención Hospitalaria.

M^a Cinta Téllez González. Facultativo Especialista de Pediatría de Atención Hospitalaria.

José Valverde Molina. Facultativo Especialista de Pediatría de Atención Hospitalaria.

Beatriz Garnica Martínez. Facultativo Especialista de Pediatría. Coordinadora Regional de Pediatría.

Esta guía ha sido revisada por:

Comisión Asesora de Pediatría de Atención Primaria (CAREap)

Grupo de Formación de Pediatría de Atención Primaria

Asociación de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria de la Región de Murcia (APERMap)



ÍNDICE

1. JUSTIFICACIÓN.....	5
2. DEFINICIÓN DE CASO	5
3. EPIDEMIOLOGÍA	7
4. TRANSMISIÓN DE LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2. PAPEL DE LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA.....	9
5. CLÍNICA.....	10
6. CONTROL DE ACCESO O TRIAJE.....	12
8. CRITERIOS ORIENTATIVOS EN PEDIATRIA PARA INDICACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE INFECCIÓN ACTIVA POR SARS-CoV-2 (PDIA)ç	16
9. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE INFECCIÓN ACTIVA POR SARS-COV-2 (PDIA).....	17
10. MANEJO DE CASOS SINTOMÁTICOS	19
11. MANEJO DE CASOS CON PDIA POSITIVA Y ANTECEDENTES DE INFECCION PREVIA	20
12. MANEJO DE CONTACTOS ESTRECHOS	20
13. PROGRAMA DE ATENCIÓN COMUNITARIA ESCOLAR EN RELACIÓN AL COVID-19..	22
14. REVISIONES Y VACUNAS.....	24
15. LACTANCIA MATERNA Y SARS-COV-2	25
16. BIBLIOGRAFÍA	26

03/05/2021 12:55:45

AVALEA VIGUERAS, ISABEL

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-2048d97e-able-c59-926b-00505096280



1. JUSTIFICACIÓN

El consenso en el manejo de los pacientes con sospecha / confirmación COVID es fundamental, tanto para poder ofrecerles la mejor atención sociosanitaria posible como para controlar la transmisión del virus. Por este motivo es prioritario identificar a los pacientes susceptibles de realizar una prueba de diagnóstico de infección activa por SARS-CoV-2 (PDIA), a los pacientes de riesgo y a los que precisen ingreso.

Este documento incluye las actuaciones a seguir por Salud Pública y el Servicio Murciano de Salud ante un caso positivo en el aula.

Otro aspecto importante y necesario es revisar y actualizar las revisiones del Programa de Atención al Niño y al Adolescente (PANA) y las vacunas no administradas durante la pandemia, así como retomar el seguimiento de pacientes pediátricos con patología crónica.

2. DEFINICIÓN DE CASO

La definición de caso se va actualizando por lo que se recomienda siempre revisar la última versión disponible en la web del Ministerio de Sanidad.

Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de covid-19. Actualizado a 26 de febrero de 2021.

Disponible en:

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf

Manejo pediátrico en atención primaria del COVID-19. Disponible en:

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo_pediatria_ap.pdf



Caso sospechoso	<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier persona con un cuadro clínico de infección respiratoria aguda de aparición súbita de cualquier gravedad que cursa, entre otros, con fiebre, tos o sensación de falta de aire. Otros síntomas como la odinofagia, anosmia, ageusia, dolor muscular, diarrea, dolor torácico o cefalea, entre otros, pueden ser considerados también síntomas de sospecha de infección por SARS-CoV-2 según criterio clínico. • Si el paciente tuvo una PDIA+ hace más de 90 días, es sospechoso de reinfección (ver apartado 3.1)
Caso probable	<ul style="list-style-type: none"> • Persona con infección respiratoria aguda grave con cuadro clínico y radiológico compatible con COVID-19 y resultados de PDIA negativos, o casos sospechosos con PDIA no concluyente. • Casos con alta sospecha clínico-epidemiológica con PDIA repetidamente negativa (al menos una PCR) y serología positiva para SARS-CoV-2 realizada por técnicas serológicas de alto rendimiento)
Caso confirmado con infección activa	<ul style="list-style-type: none"> • Persona que cumple criterio clínico de caso sospechoso y con PDIA positiva. • Persona asintomática con PDIA positiva y con IgG negativa en el momento actual o no realizada.
Caso descartado	<ul style="list-style-type: none"> • Caso sospechoso con PDIA negativa y serología por técnicas de alto rendimiento negativa (si esta prueba se ha realizado) en el que no hay una alta sospecha clínico-epidemiológica.

Tabla 1: Resumen de las definiciones de caso.

Fuente: Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19. Ministerio de Sanidad. Actualizado a 26 de febrero de 2021. Disponible en:

https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf

- **Caso sospechoso en población pediátrica:** cualquier niño/a con un cuadro de infección respiratoria aguda de aparición súbita de cualquier gravedad que cursa, entre otros, con fiebre, tos, dolor de cabeza, síntomas gastrointestinales, dolor de garganta, disnea, mialgia y secreción nasal, generalmente de forma agrupada. También se ha descrito la presencia de anosmia o ageusia (en la población que pueda identificar estos síntomas). Ante todo caso considerado como sospechoso se debe realizar una PDIA para la detección de infección por SARS-CoV-2. La presentación aislada de rinorrea, sobre todo si es de forma prolongada, en principio no es indicativa de realización de prueba diagnóstica, salvo criterio clínico y epidemiológico (según el documento [Manejo pediátrico en atención primaria del COVID-19. Ministerio de Sanidad. Actualizado a 18.11.2020](#)).

Los/as menores con sintomatología compatible con COVID-19 que ya han tenido una infección confirmada por PDIA de SARS-CoV-2 en los 90 días anteriores no serán considerados casos sospechosos de nuevo, salvo que haya una alta sospecha.

- **Brote:** A efectos de notificación a nivel estatal se considerará brote cualquier agrupación de 3 o más casos con infección activa en los que se ha establecido un vínculo epidemiológico. A efectos de intervención de Salud Pública en colectivos vulnerables, la detección de un solo caso en estas instituciones, se considerará un brote.



Se considera brote activo aquel que haya tenido algún caso en los últimos 14 días, teniendo en cuenta la fecha de inicio de síntomas o la de diagnóstico si la de síntomas no está disponible. Se considera que el brote está abierto si se han producido casos en los últimos 28 días y por tanto se considerará brote cerrado aquel que no haya tenido casos en los últimos 28 días.

3. EPIDEMIOLOGÍA

Los niños y adolescentes representan un bajo porcentaje del total de las infecciones detectadas a nivel general. En nuestro país, los menores de 15 años representan el 12.7% de los casos con diagnóstico posterior al 10 de mayo de 2020 declarados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) a fecha del último informe (21 de abril de 2021), encontrando la mayoría de casos declarados en el grupo de edad de 5-14 años (<2 años: 1.19%, 2-4 años: 1.93%, 5-14 años: 9.57%).

Los niños desarrollan formas de la enfermedad menos graves que los adultos y presentan en general mejor pronóstico que éstos. Dentro de los casos de mayor severidad, en base a los datos publicados hasta la fecha, los menores de 1 año y los mayores de 10 años representan la población pediátrica con mayor riesgo de desarrollar una enfermedad moderada-grave. En base a los casos notificados a la RENAVE a fecha de último informe, entre los menores de 15 años encontramos el grupo de menores de 2 años presenta el mayor porcentaje de hospitalizaciones, ingresos en UCI y defunciones (*ver tabla anexa*), aunque el grupo con más casos es el de 5-14 años y, por tanto, presenta más carga de enfermedad en general. Por otro lado, se ha descrito un síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico vinculado temporalmente a la infección por SARS-CoV-2 (conocido con las siglas SIM-PedS o PIMS) que podría ser una respuesta inflamatoria tardía a la infección, que aunque poco frecuente comporta una mayor gravedad y precisa en un alto porcentaje ingreso en unidades de cuidados intensivos (UCI).

EPICO-AEP es un registro epidemiológico nacional de las infecciones por SARS-CoV-2 en niños, en su inicio participaban 74 hospitales pediátricos de 17 comunidades autónomas (datos actualizados a fecha de 18 de diciembre de 2020). Este estudio recoge únicamente datos de niños hospitalizados con COVID-19 y los diagnósticos primarios relacionados han sido de mayor a menor frecuencia: infección leve (IRVS/Síndrome gripal/Fiebre sin foco; 34.6%), síndrome broncopulmonar (neumonía, bronquitis, bronquiolitis; 32%), síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico (13.3%) y síndrome gastrointestinal (9.8%). El 38% de los pacientes ingresados tenía comorbilidades. El 28% precisó oxigenoterapia, de los cuales un 8.4% ha precisado CNAF/CPAP y un 4.7% ventilación mecánica invasiva. De los pacientes hospitalizados, un 15.5% ha precisado ingreso en UCI, encontrando una mayor tasa de



ingreso en UCI en caso de diagnóstico de SIM-PedS (64% de los pacientes con dicho diagnóstico), seguidos de neumonías (21% de dichos casos). Hasta el momento se han registrado 4 defunciones (0.8% de los pacientes hospitalizados). Posteriormente se han añadido al estudio otros hospitales (total 76). Una nota de prensa publicada el 17 de marzo de 2021 (datos a 3 de marzo de 2021) informa de 1026 pacientes reclutados, 618 (60.2%) tuvieron que ser hospitalizados por causa de la COVID-19. El 30% presentó alguna complicación, la mayoría de tipo cardíaco y el 15% precisó ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos. Al momento del ingreso el 34% presentó un cuadro leve, en general fiebre sin foco aparente, síntomas similares a un cuadro gripal, o catarro de vías altas. El 30% fue diagnosticado inicialmente con un síndrome bronco-pulmonar, mientras que el 14% lo hizo con un síndrome inflamatorio multisistémico y el 10% con un síndrome gastrointestinal.

En nuestra región, a fecha del último boletín epidemiológico, se han notificado un total de 108.431 casos de COVID19 con diagnóstico posterior al 10 de mayo de 2020 hasta el 25 de abril de 2021, de los cuales el 15 % corresponden a los menores de 15 años (n=16.298). Del total de casos declarados en este grupo de edad, el 52.16% fueron casos sintomáticos y el 0.58% precisaron hospitalización (0.04% en cuidados intensivos).

Los pacientes <14 años hospitalizados en nuestra región han presentado en su mayoría cuadros leves, siendo el motivo mayoritario de ingreso la vigilancia por fiebre sin foco en menores de 3 meses, seguido de síntomas respiratorios, gastrointestinales y convulsiones. 2 pacientes >8 años presentaron cuadros respiratorios moderados (bronconeumonía con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica), ambos tenían factores de riesgo de mala evolución (encefalopatía con tetraparesia espástica y obesidad mórbida con SAHOS), precisando éste último asistencia en UCI. Además se han notificado 13 casos de SIM-PedS (1 por cada 1245 casos diagnosticados de COVID19 en <15 años), todos ellos en niños mayores de 5 años y vinculados temporalmente con infección por SARS-CoV-2 en las 2-6 semanas previas. Todos presentaban al diagnóstico fiebre y síntomas digestivos. 1 de cada 3 precisó ingreso en cuidados intensivos por shock hemodinámico pero todos tuvieron una evolución favorable sin secuelas.

Grupo de edad (años)	Casos totales N	Hospitalizados ¹ N (%)	UCI ¹ N (%)	Defunciones ¹ N (%)
<2	37629	907 (2,4)	31 (0,1)	3 (0,0)
2-4	60972	362 (0,6)	14 (0,0)	1 (0,0)
5-14	301784	1231 (0,4)	84 (0,0)	6 (0,0)
15-29	622042	7628 (1,2)	375 (0,1)	64 (0,0)
30-39	441910	12056 (2,7)	798 (0,2)	124 (0,0)
40-49	535411	22933 (4,3)	2046 (0,4)	457 (0,1)
50-59	467160	34623 (7,4)	4367 (0,9)	1678 (0,4)
60-69	296052	40949 (13,8)	6715 (2,3)	4418 (1,5)
70-79	188044	44339 (23,6)	5904 (3,1)	9767 (5,2)
≥80	190929	65262 (34,2)	1187 (0,6)	30529 (16,0)
Total	3153384	230939 (7,3)	21570 (0,7)	47251 (1,5)

¹ n (%) calculado sobre el total de casos en cada grupo de edad

Tabla 2. Casos de COVID-19 por nivel de gravedad notificados a la RENAVE con diagnóstico posterior al 10 de mayo de 2020. Distribución por grupos de edad.

4. TRANSMISIÓN DE LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2. PAPEL DE LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA

En cuanto a la transmisión de la infección por SARS-CoV-2, actualmente se considera que comienza 1-2 días antes del inicio de los síntomas. En personas con síntomas leves, más allá de la primera semana tras el inicio de síntomas, la probabilidad de transmisión de la infección a otros sería muy baja, incluso cuando el virus aún es detectable mediante PCR. En personas con un curso clínico más grave la carga viral es de hasta 60 veces mayor que las que tiene un curso más leve y se mantiene detectable de forma más duradera.

Se desconoce si la intensidad de la transmisión a partir de personas asintomáticas será igual que a partir de personas con síntomas, aunque la carga viral detectada en los casos asintomáticos es similar a la de otros casos sintomáticos y se ha llegado a cultivar el virus hasta 6 días antes del desarrollo de síntomas.

En relación al ámbito de transmisión, el ámbito domiciliario continúa siendo el principal lugar de transmisión tanto a nivel nacional como en nuestra comunidad, representando aproximadamente el 32-35% de las transmisiones con ámbito conocido.

En cuanto a la población pediátrica, en base a la evidencia actual disponible, parece presentar una menor capacidad de transmisión respecto a los adultos, a pesar de haberse descrito una carga viral similar e incluso mayor en los menores de 5 años. El predominio de cuadros asintomáticos y formas leves de la enfermedad con menor tos y menor vehiculización de aerosoles parecen respaldar esta menor capacidad infectiva.

Actualmente parece que la transmisión entre niños, por ejemplo en los centros educativos, es menos



eficiente que para otras infecciones respiratorias como la gripe, y que los niños no suelen ser los transmisores primarios a los adultos en el contexto escolar ni en el hogar, produciéndose la transmisión en la mayoría de los casos pediátricos en el seno de la familia, a partir de un adulto conviviente. No obstante, y dado que se han descrito casos de transmisión de niños a adultos, las medidas de distanciamiento social, higiene de manos y uso de mascarilla (cuando la edad y las condiciones del niño lo permiten), deben aplicarse también en esta población.

5. CLÍNICA

El cuadro clínico varía desde un cuadro leve y de vías respiratorias altas con uno o más de los siguientes síntomas: disnea, tos o dolor de garganta y/o fiebre, hasta un cuadro de neumonía grave con sepsis (Tabla 3). También se ha descrito un síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico vinculado a SARS-CoV-2 (conocido con las siglas SIM-PedS o PIMS) que podría ser una respuesta inflamatoria tardía a la infección por SARS-CoV-2. La hospitalización es más frecuente en los pacientes menores de un año y en los que tienen enfermedad de base.

El periodo de incubación mediano es de 5-6 días, con un rango de 1 a 14 días. El 97,5 % de los casos sintomáticos se desarrollan en los 11,5 días tras la exposición. El tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta la recuperación es de 2 semanas cuando la enfermedad ha sido leve y 3-6 semanas cuando ha sido grave o crítica. Por otra parte, un porcentaje no precisado pero significativo de infecciones son asintomáticas.

En la tabla 3 se describen los síndromes clínicos asociados con la infección respiratoria por SARS-CoV-2.

TABLA 3. SÍNDROMES CLÍNICOS ASOCIADOS CON LA INFECCIÓN RESPIRATORIA POR SARS-COV-2	
Infección no complicada	Los pacientes con infección viral no complicada del tracto respiratorio superior pueden presentar síntomas inespecíficos, como fiebre, tos, dolor de garganta, congestión nasal, malestar general, dolor de cabeza, dolor muscular o malestar general. No existen signos de deshidratación, sepsis o dificultad respiratoria.
Infección leve de vías bajas¹	Tos, dificultad respiratoria con polipnea (en respiraciones / min): <2 meses, ≥60; 2–11 meses, ≥50; 1–5 años, ≥40 y sin signos de neumonía grave. Saturación ambiental >92%. Pueden o no tener fiebre.



TABLA 3. SÍNDROMES CLÍNICOS ASOCIADOS CON LA INFECCIÓN RESPIRATORIA POR SARS-COV-2

<p>Infección grave de vías bajas²</p>	<p>Tos o dificultad respiratoria y al menos uno de los siguientes: cianosis central o SatO₂ <92% (<90% en prematuros); dificultad respiratoria grave (por ejemplo, quejido, retracción torácica muy intensa); incapacidad o dificultad para alimentación, letargo o pérdida de conocimiento o convulsiones. Pueden presentarse otros signos como: retracciones torácicas, polipnea (en respiraciones / min): ≥70 en menores de 1 año; ≥50 en mayores de 1 año. Gasometría arterial: PaO₂< 60 mmHg, PaCO₂ > 50 mmHg. El diagnóstico es clínico; las imágenes de tórax pueden excluir complicaciones (atelectasias, infiltrados, derrame).</p>
<p>Otras manifestaciones asociadas a cuadros graves</p>	<p>Trastornos de la coagulación (tiempo prolongado de protrombina y elevación de dímero-D), daño miocárdico (aumento de biomarcadores cardiacos, cambios de ST-T en el electrocardiograma, cardiomegalia e insuficiencia cardíaca), disfunción gastrointestinal, elevación de enzimas hepática y rabdomiolisis.</p>
<p>Síndrome de Distrés respiratorio agudo (SDRA)³</p>	<p>Inicio: nuevo o empeoramiento del cuadro en los 10 días previos.</p> <p>Rx tórax, TC o ECO: Nuevo(s) infiltrado(s) uni/bilaterales compatibles con afectación aguda del parénquima pulmonar, infiltrados bilaterales, atelectasia lobar lobular o pulmonar, o consolidaciones.</p> <p>Edema pulmonar: ausencia de otra etiología como fallo cardíaco o sobrecarga de volumen.</p> <p>Oxigenación (OI = Índice de oxigenación y OSI = Índice de oxigenación usando SpO₂):</p> <ul style="list-style-type: none"> • VNI bilevel o CPAP ≥5 cmH₂O a través de una máscara facial completa: PaO₂ / FiO₂ ≤ 300 mmHg o SpO₂ / FiO₂ ≤264 • SDRA leve (ventilación invasiva): 4 ≤ OI <8 o 5 ≤ OSI <7.5 • SDRA moderado (ventilación invasiva): 8 ≤ OI <16 o 7.5 ≤ OSI <12.3 • SDRA grave (ventilación invasiva): OI ≥ 16 u OSI ≥ 12.3
<p>Sepsis⁴</p>	<p>Infección sospechada o comprobada y ≥ 2 criterios de SIRS, de los cuales uno debe ser temperatura anormal o recuento leucocitario anormal.</p>
<p>Shock séptico⁵</p>	<p>Cualquier hipotensión (PAS < percentil 5 o > 2 DE por debajo de lo normal para la edad) o 2-3 de los siguientes: estado mental alterado; taquicardia o bradicardia (FC <90 lpm o > 160 lpm en lactantes y FC <70 lpm o > 150 lpm en niños); relleno capilar lento (> 2 segundos) o vasodilatación caliente con pulsos conservados; taquipnea; piel moteada o erupción petequeal o purpúrica; lactato aumentado, oliguria, hipertermia o hipotermia.</p>

03/05/2021 12:55:45

AVALEA VIGIERAS, ISABEL

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-2048497e-able-c59-926b-00505096280



TABLA 3. SÍNDROMES CLÍNICOS ASOCIADOS CON LA INFECCIÓN RESPIRATORIA POR SARS-COV-2

<p>Síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico vinculado a SARSCoV-2 (SIM-Peds)⁶</p>	<p>Las siguientes características son de especial interés en la sospecha de SIM-Peds: paciente con criterios de EK completa o incompleta de cualquier edad, presencia de síntomas gastrointestinales (vómitos, náuseas, dolor abdominal, diarrea), reactantes de fase aguda elevados, shock, hipotensión, disfunción miocárdica, linfopenia, anemia y plaquetopenia</p> <p>Los cuadros clínicos que podrían ser compatibles son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuadro clínico compatible con miocarditis, shock séptico o shock tóxico. • Cuadro clínico compatible con enfermedad de Kawasaki completa/incompleta. • Fiebre y dolor abdominal o exantema cutáneo o conjuntivitis, con alteración analítica compatible (especialmente reactantes de fase aguda muy elevados y/o alteración de enzimas cardíacas).
--	--

1. Equivalente a neumonía leve de la OMS. 2. Equivalente a neumonía grave de la OMS. SIRS: Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. VNI: ventilación no invasiva, PAS: presión arterial sistólica, DE: desviación estándar. FC: frecuencia cardíaca. 3. Khemani RG, Smith LS, Zimmerman JJ; et al. Pediatric Acute Respiratory Distress Syndrome: Definition, Incidence, Epidemiology: Proceedings from Pediatric Acute Lung Injury Consensus Conference. *Pediatr Crit Care Med* 2011;16(Suppl 5):523-40. 4. Goldstein B, Giroir B, Randolph A, International Consensus Conference on Pediatric Sepsis. International pediatric sepsis consensus conference: definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics. *Pediatr Crit Care Med* 2005;6:2-8. 5. Davis AL, Carcillo JA, Aneja RK, et al. American College of Critical Care Medicine Clinical Practice Parameters for Hemodynamic Support of Pediatric and Neonatal Septic Shock. *Crit Care Med* 2017; 45:1061-93. 6. Consenso nacional sobre diagnóstico, estabilización y tratamiento del Síndrome Inflamatorio Multisistémico Pediátrico vinculado a SARS-CoV-2 (SIM-Peds).

Tabla 3. Síndromes clínicos asociados con la infección respiratoria por sars-cov-2

Fuente: Documento de manejo clínico del paciente pediátrico con infección por SARS-CoV-2. Extracto del Documento de Manejo Clínico del Ministerio de Sanidad Actualización: 26 de noviembre de 2020. Disponible en: <https://www.seipweb.es/wp-content/uploads/2020/11/b26-11-AEP-SEIP-SEICP-SEUP.-DOCUMENTO-DE-MANEJO-CLINICO-DEL-PACIENTE-PEDIATRICO.pdf>

6. CONTROL DE ACCESO O TRIAJE

Todos los pacientes entrarán al Centro de Salud con mascarilla. En el caso de no llevarla, se le proporcionará una, al igual que solución hidroalcohólica para lavado de manos inmediato. Los pacientes menores de un año y los que no toleren mascarilla, irán en sistema de retención o en brazos de los progenitores.

En la entrada del Centro de Salud el paciente pasará un control de acceso o un triaje, dependiendo de la fase en la que se encuentre el Centro de Salud (amarilla, naranja o roja) según el estado de la pandemia. (Figura 1)

Los pacientes se dirigirán a la consulta COVID o no COVID según su sintomatología o tipo de cita cogida.





Figura 1. Fases de los EAP según estado de la pandemia.

7. MANEJO DEL PACIENTE EN LA CONSULTA COVID

En la consulta COVID se valorará la situación clínica del paciente mediante anamnesis y el uso del triángulo de evaluación pediátrica. (Figura 2).



Figura 2. Triángulo de Evaluación Pediátrica

Los profesionales que atiendan a estos pacientes lo realizarán con las medidas de protección adecuadas recomendadas por [Prevención de Riesgos Laborales](#).



Los casos de niños/as que presentan factores o patologías de riesgo en caso de infección por SARS-CoV-2 (Tabla 4), o tienen criterios de ingreso (Tabla 5) o criterios de gravedad (Tabla 6) se derivarán a un centro hospitalario, previa comunicación con el centro hospitalario de referencia.

En los casos en donde existan criterios de gravedad, pasará a la sala de aislamiento, se le dará soporte respiratorio si lo precisa y se avisará al 061 para su traslado al hospital.

Si el niño tiene buen estado general, y los padres o cuidadores disponen de vehículo propio, se podrá valorar el traslado por sus medios. En ningún caso en transporte público.

TABLA 4. FACTORES DE RIESGO DE EVOLUCIÓN GRAVE U HOSPITALIZACIÓN EN CASO DE INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN PEDIATRÍA

INMUNODEPRIMIDOS*	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Inmunodeficiencias primarias</i> ⁽¹⁾ - <i>Trasplante</i> órgano sólido y trasplante progenitores hematopoyéticos. - <i>Tratamiento con quimioterapia, inmunosupresores o fármacos biológicos</i> - <i>Infección VIH con < 200 CD4</i>
CARDIOPATÍAS	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Con repercusión hemodinámica</i> - <i>Que precisen tratamiento médico</i> - <i>Hipertensión pulmonar</i> - <i>En lista de espera de trasplante</i> - <i>Postoperatorio reciente de cirugía o cateterismo</i> - <i>Insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, miocardiopatía</i>
PATOLOGÍA RESPIRATORIA CRÓNICA	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Fibrosis quística</i> - <i>Displasia broncopulmonar</i> - <i>Asma grave</i> - <i>Portadores de traqueostomía, oxigenoterapia o ventilación mecánica domiciliaria</i>
OTROS	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Diálisis</i> - <i>Drepanocitosis</i> - <i>Diabetes Mellitus tipo 1 con mal control metabólico</i> - <i>Malnutrición severa, intestino corto, epidermólisis bullosa</i> - <i>Encefalopatías graves, miopatías</i> - <i>Errores congénitos del metabolismo</i> - <i>Obesidad en adolescentes</i>

* No se ha confirmado claramente que los inmunodeprimidos tengan un riesgo elevado de enfermedad grave. No obstante, debe ser un grupo en el que se tendrá especial vigilancia.

(1) Excluido el déficit de IgA

Tabla 4. Patologías de riesgo en caso de infección por SARS-CoV-2 en pediatría.

Fuentes: Documento técnico de Manejo pediátrico en atención primaria del COVID-19. Ministerio de Salud. Versión 18 de noviembre de 2020. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo_pediatria_ap.pdf

Documento de manejo clínico del paciente pediátrico con infección por SARS-CoV-2. Extracto del Documento de Manejo Clínico del Ministerio de Sanidad Actualización: 26 de noviembre de 2020. Disponible en: <https://www.seipweb.es/wp-content/uploads/2020/11/b26-11-AEP-SEIP-SECIP-SEUP.-DOCUMENTO-DE-MANEJO-CLINICO-DEL-PACIENTE-PEDIATRICO.pdf>.



TABLA 5. CRITERIOS DE INGRESO EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN (al menos uno)

- Edad menor de 1 mes con fiebre (descartar otras posibles causas).
- Edad 1- 3 meses: se valorará cuidadosamente a este grupo de edad. No obstante, si la situación clínica es buena, podrán ser enviados a domicilio con llamadas telefónicas diarias y normas claras de actuación por escrito. Se ha de valorar cuidadosamente a los menores de un año. Es el grupo con más incidencia de complicaciones.
- Cualquier niño con factor de riesgo (tabla 4), en caso de cuadro leve se valorará a través de INP con la especialidad que corresponda según su patología. En cuadros moderados - graves se derivarán a urgencias hospitalarias. En caso de ingreso, este podría ser breve e incluso valorable según la situación clínica del paciente.
- Hipoxemia (satO2 < 92%) o dificultad respiratoria moderada/grave que no mejora tras tratamiento broncodilatador.
- Mal estado general, letargia.
- Rechazo alimentación, hipoglucemia.
- Pausas de apnea.

Tabla 5. Criterios de ingreso en planta de hospitalización.

Fuente: [Ministerio de Sanidad. Manejo clínico del COVID-19: atención hospitalaria \(18/06/2020\)](#)

Documento de manejo clínico del paciente pediátrico con infección por sars-cov-2. Extracto del Documento de Manejo Clínico del Ministerio de Sanidad. Actualización: 26 de noviembre de 2020. <https://www.seipweb.es/wp-content/uploads/2020/11/b26-11-AEP-SEIP-SECIP-SEUP.-DOCUMENTO-DE-MANEJO-CLINICO-DEL-PACIENTE-PEDIATRICO.pdf>

TABLA 6.- CRITERIOS CLÍNICOS DE GRAVEDAD (para traslado por el 061 en transporte sanitario)

- Dificultad respiratoria con o sin sibilancias asociadas:
 - Taquipnea: ≥ 60 rpm, <2 meses; ≥ 50 rpm, 2-12 meses; ≥ 40 rpm, 1-5 años; ≥ 30 rpm, >5 años (sin llanto o fiebre).
 - Retracciones o tiraje supraesternal, supraclavicular, inter o subcostal, aleteo nasal, roncus.
 - Sibilantes audibles sin fonendo, cianosis, Saturación de O2 <92 %.
- Gastrointestinales: vómitos frecuentes, diarrea con signos o sospecha de deshidratación, rechazo de la alimentación, hipoglucemia, etc.
- Neurológicos: confusión, letargia, etc.
- Sospecha de SIM-PedS asociado a SARS-CoV-2:
 - Cuadro clínico compatible con miocarditis, shock séptico o shock tóxico.
 - Fiebre o dolor abdominal o exantema cutáneo o conjuntivitis compatible con enfermedad de Kawasaki completa o incompleta.

Tabla 6. Criterios clínicos de gravedad

Fuente: Documento técnico de Manejo pediátrico en atención primaria de COVID-19. Ministerio de Sanidad. Versión 18 de noviembre de 2020.

Disponible en:

https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo_pediatria_ap.pdf.



8. CRITERIOS ORIENTATIVOS EN PEDIATRIA PARA INDICACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE INFECCIÓN ACTIVA POR SARS-CoV-2 (PDIA)

A. CRITERIOS EPIDEMIOLÓGICOS O POR ANTECEDENTES PERSONALES DEL PACIENTE

(PACIENTES SINTOMÁTICOS, independiente del tipo, intensidad y tiempo de evolución de la sintomatología que presente):

- Patología crónica compleja o no estabilizada (cardiopatías, encefalopatía, etc.).
- Conviviente con familiar vulnerable a COVID-19.
- Ambiente epidemiológico familiar – Se puede valorar si hay convivientes (padres, hermanos, etc.) con similar sintomatología a los que se les podría pedir PDIA.
- Ambiente epidemiológico escolar – Casos positivos en la guardería o centro escolar donde acuda según la indicación de Salud Pública.
- Asistencia a reuniones o eventos familiares o sociales, siempre que haya sido contacto estrecho en ese evento de una persona que posteriormente es considerado como caso confirmado.
- Contacto estrecho con un caso positivo confirmado de COVID-19.

B. CRITERIOS CLÍNICOS

Síntomas generales – fiebre:

- Intensidad: Temperatura axilar >37,5°C o rectal >38°C.
- Tiempo de evolución: 12-24 horas.
- Edad: menores de 1 año (en esta edad existe posibilidad de cuadros más graves).
- Síndrome febril con sospecha clínica de foco infeccioso (fiebre >24h):
- Faringitis aguda inespecífica o test rápido de diagnóstico de estreptococo (StrepA) negativo.
- Sospecha clínica de otitis media aguda (OMA) con predominio cuadro catarral.
- Gastroenteritis aguda.
- Bronquiolitis aguda.
- Bronquitis aguda.
- Neumonía o bronconeumonía.

Síntomas respiratorios:

- Odinofagia:
 - Con tos seca y/ o productiva.

- Con fiebre y sospecha clínica vírica y/o StrepA negativo.
- Rinorrea/Congestión Nasal/Estornudos:
 - Con tos seca importante o fiebre >24h.
- Tos/Expectoración:
 - Aislada, seca y/o productiva.
 - Con fiebre >24h.
- Disnea:
 - Con tos y/o sibilantes, sin antecedentes personales (AP) de asma o sibilancias recurrentes.
 - Con fiebre >24h.
- Dolor Torácico:
 - Con tos y/o sibilantes, sin AP de asma o sibilancias recurrentes.
 - Con fiebre >24h.

Síntomas digestivos:

- Diarrea/Vómitos.
- Con fiebre >24h.
- Dolor Abdominal:
 - Con fiebre >24h, intensidad moderada/grave sin otra causa evidente o en casos con otra sintomatología relacionada con la COVID-19.

Síntomas neurológicos, dermatológicos, oftalmológicos:

A valorar por el pediatra, si se descartan las etiologías más frecuentes o presentan características o síntomas acompañantes que se hayan relacionado con COVID-19, sobre todo los más específicos (ageusia/hipogeusia o anosmia/hiposmia).

Considerar el Síndrome Inflamatorio Multisistémico Pediátrico (SIMP) o Síndrome Kawasaki- like (fiebre y/u ojos rojos y/o conjuntivitis no exudativa y/o exantema máculopapular urticariforme, eritrodérmico) sobre todo, si se trata de niños > 5 años.

9. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE INFECCIÓN ACTIVA POR SARS-COV-2 (PDIA)

En el momento actual, se dispone de dos pruebas de diagnóstico de infección activa por SARS-CoV-2: una prueba rápida de detección de antígenos (Ag) y una detección de ARN viral mediante una RT-PCR o una técnica molecular equivalente.

En enero de 2021 se publicó un trabajo en población pediátrica hasta 16 años, sintomática y con menos



de 5 días de evolución con el fin de analizar la precisión de las pruebas antigénicas en niños. Entre sus resultados obtuvo una sensibilidad del 45.4% y especificidad de 99.8%. Esta técnica diagnóstica no se recomienda en los casos pediátricos asintomáticos. En los casos sintomáticos se debería valorar test rápido de Ag o RT-PCR según la prueba más rápida disponible.

No se recomienda la realización de ningún tipo de pruebas serológicas para el diagnóstico de infección activa ni en personas con síntomas, ni en asintomáticos.

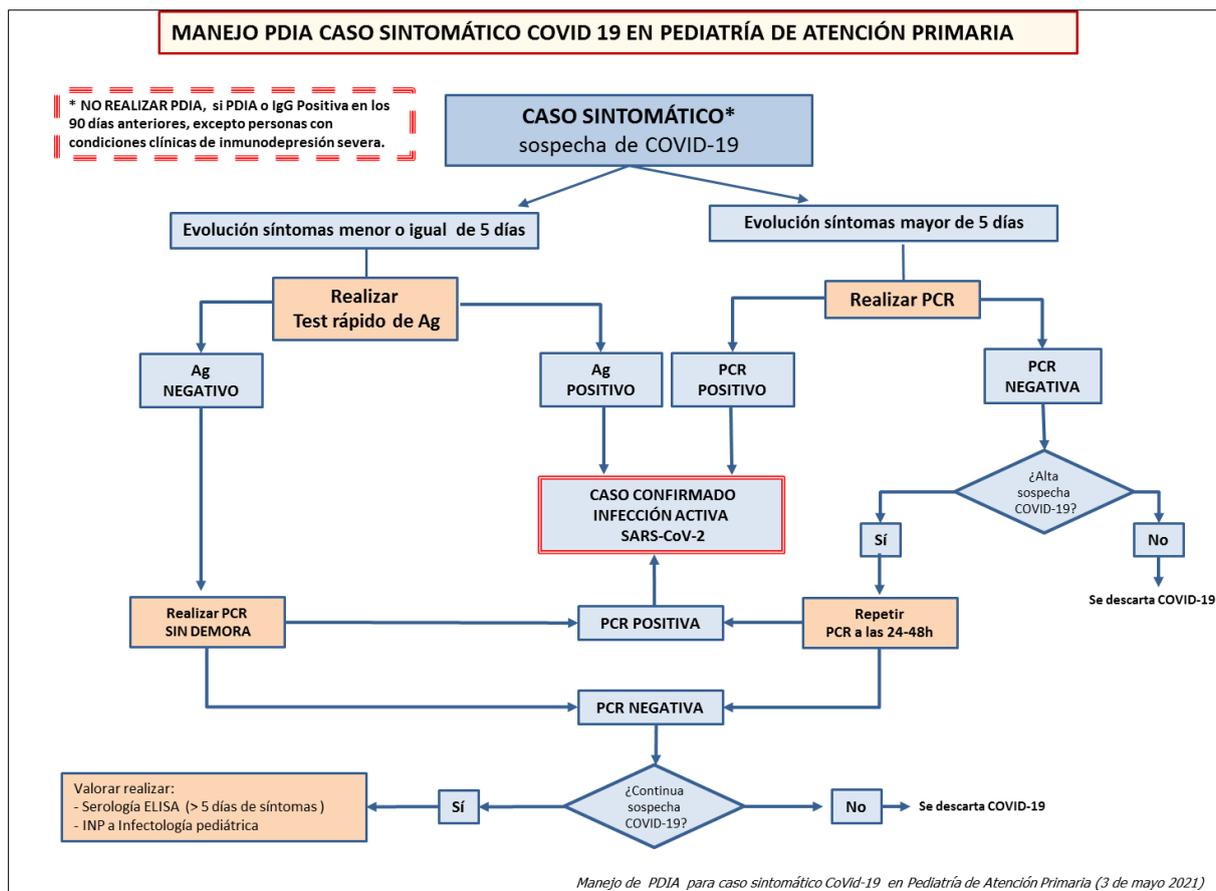
En ambas pruebas, las muestras recomendadas para el diagnóstico de infección activa de SARS-CoV-2 son del tracto respiratorio; en el contexto de este documento (atención primaria) sería el tracto respiratorio superior: exudado preferiblemente nasofaríngeo y orofaríngeo, o solo exudado nasofaríngeo.

Las muestras clínicas deben ser tratadas como potencialmente infecciosas y se consideran de categoría B. Si requieren transporte fuera del centro sanitario o del domicilio a un laboratorio, serán transportadas en triple embalaje por los procedimientos habituales.

Ante un paciente con síntomas compatibles de infección por SARS-CoV-2 solicitaremos una prueba u otra en función del tiempo de evolución de los síntomas (Algoritmo 1):

- **Síntomas de 5 días o menos de evolución:** se le realizará un test rápido de detección de Ag (siempre que no tenga una PCR o IgG positiva en los últimos 3 meses). Si el resultado es positivo, se confirma el caso de infección por SARS-CoV-2. Si el resultado es negativo, se realizará una prueba PCR sin demora (a la mayor brevedad posible).
- **Síntomas de más de 5 días de evolución:** la PDIA de elección en el momento actual es la PCR. En caso de resultado positivo se confirma la infección por SARS-CoV-2. En caso de resultado negativo sin alta sospecha de COVID-19, se descartaría esta infección, pero si la sospecha es alta se debería realizar otra PCR a las 48 horas de la primera.

En cualquiera de los dos casos si la segunda PDIA (PCR) es negativa y sigue habiendo alta sospecha de COVID-19, se podría valorar la realización de INP Infectología pediátrica y/o serología Elisa (si han transcurrido al menos 7 días desde el inicio de los síntomas).



Algoritmo 1: Manejo PDIA en caso sintomático COVID-19 en pediatría de atención primaria

10. MANEJO DE CASOS SINTOMÁTICOS

■ Valoración clínica del paciente:

- El personal sanitario realizará una valoración de la situación clínica y la comorbilidad y emitirá las recomendaciones oportunas.
- En caso de consulta telefónica y que la familia informe de que el paciente presenta signos o síntomas que requieran la exploración del paciente se recomendará una consulta presencial en el centro de salud. El paciente será valorado en la sala que cada centro haya habilitado al efecto, garantizando siempre una adecuada protección de los sanitarios (uso de EPI) y de los pacientes.
- Si, excepcionalmente, fuese necesario acudir al domicilio, el personal que asista deberá hacerlo con la indumentaria de protección adecuada y siguiendo las recomendaciones recogidas en el documento técnico Prevención y control de la infección en el manejo de pacientes con COVID-19.
- En caso de presentar signos o síntomas de gravedad que requieran una atención urgente se



llamará al 112.

- Ante toda sospecha de COVID-19 se solicitará una PDIA:
 - Si lleva menos de 5 días con los síntomas: Petición/realización de test de Ag rápido en Centro de Salud:
 - Negativo: Atención clínica pertinente. Si el resultado es negativo se realizará una prueba PCR sin demora (a la mayor brevedad posible).
 - Positivo: Aislamiento 10 días desde el inicio de los síntomas. Seguimiento en el Centro de Salud y Valoración Social y de factores de riesgo. Se realizará seguimiento diario hasta desaparición de los síntomas, cuando esté asintomático se realizará cada 48 horas y en el día 10 desde la fecha de diagnóstico para darle el alta, siempre que lleve al menos 3 días asintomático.
 - Si lleva más de 5 días con los síntomas: Petición de PCR para realización en Punto COVID correspondiente. Aislamiento hasta tener el resultado de la prueba.
 - En el caso de menores asintomáticos que ya tuvieron una infección activa por SARS-CoV-2 en los 90 días anteriores y presentan una nueva PDIA positiva, es necesario establecer una valoración del significado de esta nueva PDIA y su manejo. Si la PDIA es una prueba rápida de antígenos, se recomendará realizar una PCR. Si esta fuese negativa, se descartará la infección activa.

11. MANEJO DE CASOS CON PDIA POSITIVA Y ANTECEDENTES DE INFECCION PREVIA

Ver “Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de la COVID-19. Adaptación para el Servicio Murciano de Salud”. 23 de abril de 2021. Disponible en:

http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/466015-20210423_Estrategia_deteccion_precoz_vigilancia_y_control_COVID19.pdf

12. MANEJO DE CONTACTOS ESTRECHOS

Ver Algoritmo 2

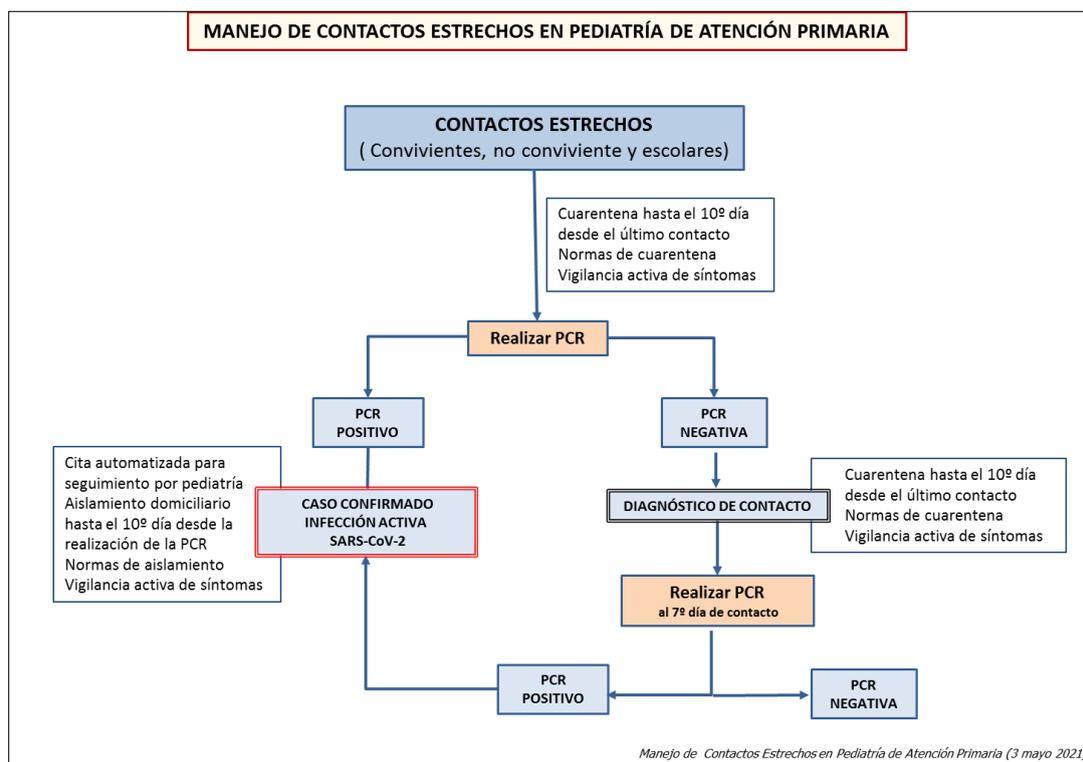
Tras la detección de un caso confirmado con infección activa se inicia la identificación de contactos estrechos por los equipos de atención primaria (contactos convivientes) o por Salud Pública (contactos no convivientes). Los **menores de 14 años** serán citados con su pediatra procediendo de la siguiente manera:

- Indicar cuarentena.



- Solicitar PCR en 24/48 h
- Si PCR POSITIVO, se confirma la infección por SARS-CoV-2, se continúa con la cuarentena durante 10 días (a contar desde el día de realización de la PCR) y se cita con enfermería para seguimiento de caso. En caso de que durante el seguimiento el paciente comenzara con síntomas, citarlo para consulta telefónica de valoración con su pediatra.
- Si el resultado de la PCR es NEGATIVO, se mantiene la situación de contacto estrecho y se mantiene la cuarentena durante 10 días desde el último día de contacto con el caso positivo.
- Cuando la primera PCR haya sido negativa, solicitar PCR al 7º día del contacto. Se actuará igual que en el apartado anterior en función del resultado de la PCR.
- Cita telefónica el último día de aislamiento*, con su pediatra / enfermero/a para alta epidemiológica.

* En el supuesto de ser convivientes y no poder garantizar el aislamiento del caso en las condiciones óptimas, la cuarentena se prolongará 10 días desde el final del periodo de aislamiento del caso. Por tanto esta persona realizará 20 días de cuarentena. Y así sucesivamente, si aparecen nuevos casos en el núcleo familiar conviviente.



Algoritmo 2: Manejo de contactos estrechos en pediatría de atención primaria.



13. PROGRAMA DE ATENCIÓN COMUNITARIA ESCOLAR EN RELACIÓN AL COVID-19

El Programa de Atención Comunitaria Escolar (PACES) tiene como objetivo dar respuesta a la demanda que genera la cronicidad en toda su dimensión en el contexto escolar. En dicho programa participan todos los profesionales de los Equipos de Atención Primaria (EAP) dentro de una actividad comunitaria. Para poder impulsar y garantizar el despliegue adecuado de Programa PACES se ha incorporado a los EAP un profesional de enfermería en cada uno de los Centros de Salud.

TAREAS DEL PACES COVID-19

Debido a la situación de pandemia por COVID-19 las tareas en los EAP relacionadas con el programa escolar COVID-19 son:

- Constituir el equipo COVID escolar en la ZBS (Zona Básica de Salud).
- Contactar con los referentes COVID de cada centro educativo. Se presentará y se le proporcionará un correo corporativo y teléfono de la enfermería responsable del programa PACES del EAP.
- Solicitar a cada centro educativo su plan de prevención /contingencia COVID-19.
- Reunión en el centro educativo, contacto con referente COVID y asesoramiento sobre medidas de protección, adaptación y prevención.
- Identificar aquellos niños y niñas con necesidades sanitarias y más vulnerables al COVID-19 (enfermedades crónicas).
- Enfermería citará para PCR a los contactos estrechos escolares.
- Informará de las PCR negativas.
- Colaborar en el circuito de contactos estrechos escolares.

ACTUACIÓN ANTE UN CASO POSITIVO EN EL COLEGIO

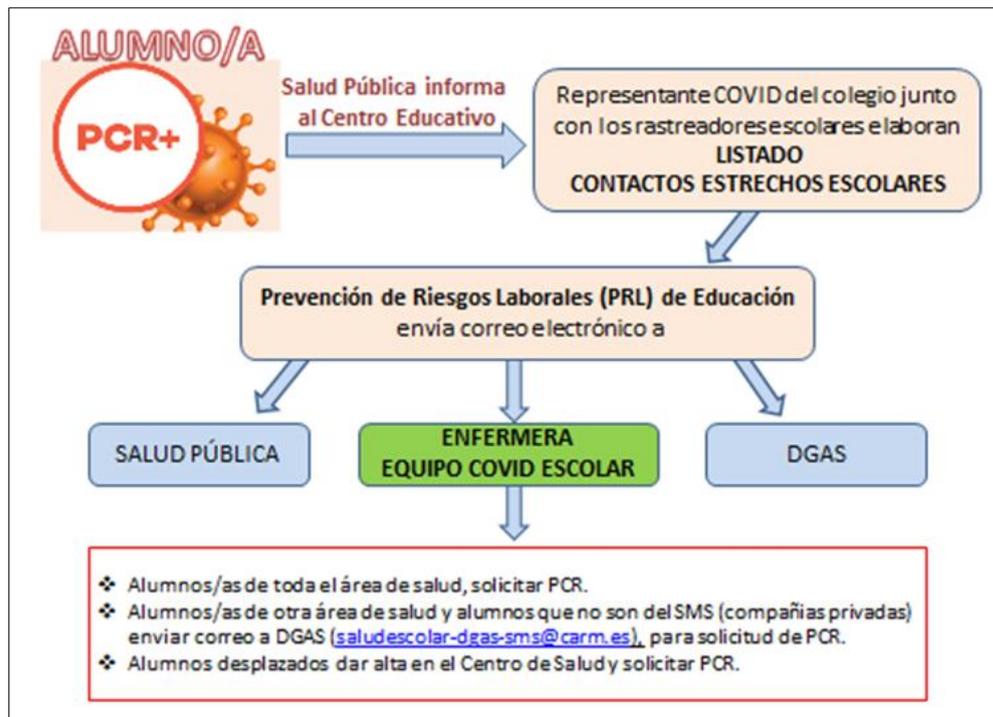
Ver Algoritmo 3

Ante un caso positivo de un alumno, Salud Pública informará al colegio. El responsable COVID del centro educativo con el apoyo de los rastreadores de la Consejería de Educación elaborará el listado de contactos estrechos escolares que enviará al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) de la Consejería de Educación. Dicho listado será remitido desde el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) a la enfermera responsable del programa PACES de la zona básica de salud ZBS que tiene como referencia ese centro educativo.

El responsable COVID del centro educativo comunicará con las familias o tutores legales de los compañeros del caso positivo que hayan sido considerados como contactos estrechos y les indicará



cuarentena. [Protocolo de actuación ante la aparición de casos de Covid-19 en centros educativos de la Región de Murcia 31/03/2021](#)



Algoritmo 3: Circuito ante caso positivo covid-19 escolar

ACTUACIÓN EN EL EAP ANTE UN CASO POSITIVO EN UN COLEGIO

La enfermera responsable del programa PACES del EAP recibirá en el correo corporativo electrónico el listado de los contactos estrechos escolares y procederá a citarlos para la realización de PCR en la primera fecha que haya disponible, en el Punto COVID referente o más cercano al centro educativo. Citará para PCR no solo a los alumnos de su EAP, sino a todos los alumnos de su Área de Salud e informará a las familias de dicha cita. No citará al alumno con el pediatra ya que el resultado de la PCR llegará de forma automática a la agenda del pediatra/MF del alumno/a. La información del resultado puede ser comunicada por pediatra/MF/enfermería del centro de salud al que pertenezca el menor (según organización del centro), que indicará duración de la cuarentena a los positivos según la fecha del último contacto. Se indicará la duración de la cuarentena de 10 días, y la vigilancia de la aparición de síntomas en los 4 días posteriores a la finalización de la cuarentena (aunque la aparición de síntomas tras 10 días del último contacto es muy poco probable). Si el resultado de la primera prueba PCR es negativo, el profesional que comunique este resultado solicitará una segunda prueba PCR en el 7º día desde la fecha del último contacto. Si alguno de los dos resultados es positivo, se considerará caso confirmado y deberá iniciarse el proceso de información y búsqueda de contactos del mismo.

En el caso de **ESCOLARES DE OTRAS ÁREAS DE SALUD**, la enfermera enviará un listado a la Dirección



General de Asistencia Sanitaria (DGAS) (Saludescolar-Dgas-SMS@carm.es) del alumnado al que no ha podido citar para cursar desde allí la petición de la PCR. En la DGAS citarán a los alumnos/as para realizarles la PCR en el Punto COVID que le corresponda. El resultado de la PCR llegará de forma automática a la agenda del pediatra/MF del alumno/a, quien le comunicará el resultado y la duración de la cuarentena.

En el caso de **DESPLAZADOS** se dará el alta desde el centro de salud como desplazado (con ayuda de personal administrativo), se le asignará un médico/pediatra y se procederá a solicitar PCR.

Los **ASEGURADOS DE COMPAÑÍAS** que aparezcan en el listado de SPRL serán remitidos al correo de DGAS para seguir el circuito establecido en Salud Pública, que realizará la petición de PCR, les proporcionarán la cita en el punto COVID correspondiente y les comunicarán el resultado de la prueba, de manera que si fuera positiva puedan acudir al pediatra de su compañía. Los resultados de PCR de los escolares de compañías estarán accesibles en SELENE del área correspondiente.

En el caso de los niños/as de **GUARDERÍAS** que sean pacientes del SMS, Salud Pública elaborará el listado de contactos estrechos y lo pasará a DGAS (Saludescolar-Dgas-SMS@carm.es) para que le soliciten la PCR. El resultado llegará de forma automática a la agenda del pediatra, quien le comunicará el resultado y la duración de la cuarentena. En los casos de guarderías en los que la enfermera comunitaria escolar sea concedora del caso y, dado que en las guarderías son grupo de convivencia estable (GCE), todos los niños/as del aula serían contactos estrechos, se podría solicitar PCR desde el centro de salud, si reciben el listado de la guardería.

En el caso de **BROTE EN UN CENTRO EDUCATIVO** con un elevado número de casos, la DGAS colaborará con la enfermera comunitaria escolar en la solicitud de PCR.

14. REVISIONES Y VACUNAS

Debido a que no es posible prever cual va ser la duración de la pandemia, es aconsejable realizar todas las actuaciones con respecto a las revisiones del programa del Niño y Adolescente Sano (PANA) y al Programa de Vacunaciones que sean posibles en función de la presión asistencial del equipo de pediatría.

Según la fase en que se encuentre el EAP (ver figura 1), podríamos reducir estas de la siguiente forma:

Fase AMARILLA: se mantienen todas las revisiones del PANA y vacunas.

Fase NARANJA: se mantienen las revisiones del PANA, priorizando hasta los 6 años, y del paciente



crónico. Se mantienen todas las vacunaciones infantiles.

Fase ROJA: Se priorizan las vacunas y revisiones hasta los 15 meses de edad y de pacientes crónicos. Se intentará mantener todas las vacunaciones infantiles posibles.

15. LACTANCIA MATERNA Y SARS-COV-2

Amamantar a un recién nacido es una decisión que la madre debe tomar siempre con información y libertad, así que, sea cual sea su decisión al respecto, los profesionales que la atienden tienen la responsabilidad de acompañar e informar durante el proceso.

La lactancia materna otorga muchos beneficios, como el potencial paso de anticuerpos madre-hijo frente al SARS-CoV-2. Por esta razón, y ante la evidencia actual, la OMS, así como la IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia), la SENEo (Sociedad Española de Neonatología) y la UENPS (Union of European Neonatal & Perinatal Societies) entre otras sociedades científicas, recomiendan el mantenimiento de la lactancia materna desde el nacimiento, siempre que las condiciones clínicas del recién nacido y su madre así lo permitan.

Ante una madre que en el momento del parto es COVID-19 positivo o está en espera de resultados:

Si está asintomática o paucisintomática, se puede hacer alojamiento conjunto y es recomendable la lactancia materna directa con medidas estrictas de aislamiento por gotas y contacto del recién nacido (mascarilla, lavado exhaustivo de manos). Si la madre opta por lactancia diferida, deberá hacerlo tomando las máximas precauciones de aislamiento en la extracción de la leche (higiene de manos y mascarilla) y será administrada al neonato por un cuidador sano.

La OMS, UNICEF y la Academy of Breastfeeding Medicine entre otros, recomiendan en casos de madres con enfermedad grave recurrir a la extracción de la leche.

Si la madre se encuentra con sintomatología o inestabilidad que se considere incompatible con el inicio de la lactancia directa y el cuidado de su criatura, el neonato será ingresado en la unidad correspondiente y se favorecerá la lactancia materna diferida a través de la extracción de leche tomando las máximas precauciones de aislamiento (higiene de manos y mascarilla).

Para los casos de madres lactantes fuera del periodo postnatal inmediato, positivas o con sospecha de COVID-19 se recomienda mantener la misma forma de alimentación hasta ese momento extremando las medidas de aislamiento (higiene de manos y mascarilla facial).



16. BIBLIOGRAFÍA

- Posfay-Barbe KM, Wagner N, Gauthey M, et al. COVID-19 in Children and the Dynamics of Infection in Families. *Pediatrics*. 2020;146(2). Disponible en: <https://pediatrics.aapublications.org/content/146/2/e20201576>. Consultado el 12 de octubre de 2020.
- Heavey Laura, Casey Geraldine, Kelly Ciara, Kelly David, McDarby Geraldine. No evidence of secondary transmission of COVID-19 from children attending school in Ireland, 2020. *Euro Surveill*. 2020;25(21):pii=2000903. Disponible en: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.21.2000903>
- Documento técnico Prevención y control de la infección en el manejo de pacientes con COVID-19. Versión 17 de junio de 2020. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Documento_Control_Infeccion.pdf.
- Marina Pollán, Beatriz Pérez-Gómez, Roberto Pastor-Barriuso, Jesús Oteo, Miguel A Hernán, Mayte Pérez-Olmeda, Jose L Sanmartín, Aurora Fernández-García, Israel Cruz, Nerea Fernández de Larrea, Marta Molina, Francisco Rodríguez-Cabrera, Mariano Martín, Paloma Merino-Amador, Jose León Paniagua, Juan F Muñoz-Montalvo, Faustino Blanco, Raquel Yotti, on behalf of the ENE-COVID Study Group*. Prevalence of SARS-CoV-2 in Spain (ENE-COVID): a nationwide, population-based seroepidemiological study *Lancet* 2020; 396: 535–44. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31483-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31483-5). Consultado el 12 de octubre de 2020.
- Rajmil L. Role of children in the transmission of the COVID-19 pandemic: a rapid scoping review. *BMJ Paediatrics Open* 2020;4:e000722. Disponible en: <https://bmjpaedsopen.bmj.com/content/bmjpo/4/1/e000722.full.pdf>. Consultado el 12 de octubre de 2020.
- María Dolores Folgueira MD, Joanna Luczkowiak PhD, Fátima Lasala PhD, Alfredo Pérez- Rivilla MD and Rafael Delgado MD. Persistent SARS-CoV-2 replication in severe COVID-19. Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.10.20127837v1>. (report preprint).
- Philip Zachariah, Katia C. Halabi, Candace L. Johnson, Susan Whitter, Jorge Sepulveda, and Daniel A. Green. Symptomatic Infants Have Higher Nasopharyngeal SARSCoV-2 Viral Loads but Less Severe Disease Than Older Children. *Clinical Infectious Diseases* 2020;XX(00):1–2. <https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciaa608/5841161>.
- Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19. Ministerio de Sanidad y Consumo. Actualizado 26 de febrero de 2021. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COV>

[ID19 Estrategia vigilancia y control e indicadores.pdf. Consultado el 23 de abril de 2021.](#)

- Garazzino Silvia , Montagnani Carlotta , Donà Daniele , Meini Antonella , Felici Enrico , Vergine Gianluca , Bernardi Stefania , Giaccheri Roberta , Lo Vecchio Andrea , Marchisio Paola , Nicolini Giangiacomo , Pierantoni Luca , Rabbone Ivana , Banderali Giuseppe , Denina Marco , Venturini Elisabetta , Krzysztofiak Andrzej , Badolato Raffaele , Bianchini Sonia , Galli Luisa , Villani Alberto, Castelli-Gattinara Guido , the Italian SITIP-SIP Pediatric Infection Study Group . Multicentre Italian study of SARS-CoV-2 infection in children and adolescents, preliminary data as at 10 April 2020. Euro Surveill. 2020;25(18):pii=2000600. Disponible en: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.18.2000600>.
- Jonas F. Ludvigsson. Children are unlikely to be the main drivers of the COVID-19 pandemic – A systematic review. Acta pediátrica 2020;109:1525–1530. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/apa.15371>.
- Chanu Rhee MD, MPH, Sanjat Kanjilal, Meghan Baker MD, ScD, Michael Klompas MD, MPH. Duration of SARS-CoV-2 Infectivity: When is it Safe to Discontinue Isolation? Clinical Infectious disease 2020; cia 1249. Disponible en: <https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciaa1249/5896916>.
- Informe nº 74. Situación de COVID-19 en España. Casos diagnosticados a partir 10 de mayo. Informe COVID-19. RENAVE. 14 de abril de 2021. Disponible en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/INFORMES%20COVID-19%202021/Informe%20COVID-19.%20Nº%2074_14%20de%20abril%20de%202021.pdf. Consultado el 23 de abril de 2021.
- Informe epidemiológico semanal covid-19 Región de Murcia, publicado 28 de abril de 2021. Disponible en: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/459151-INFORME_COVID-19_REGION_MURCIA_20210428.pdf. Consultado el 29 de abril de 2021.
- Estudio EPICO-AEP. Instituto de Investigación i+12 del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, Asociación Española de Pediatría (AEP), 17 de marzo de 2021. [Internet]. Disponible en: https://seup.org/pdf_public/Estudio_%20EPICO.pdf. Consultado el 29 de abril de 2021.
- Información científico-técnica, enfermedad por coronavirus. Ministerio de Sanidad. Actualización 15 de enero de 2021. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/ITCoronavirus.pdf>. Consultado el 23 de abril de 2021.
- DOCUMENTO DE MANEJO CLINICO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON INFECCION POR

03/05/2021 12:55:45
AVALLA VIGIERAS, ISABEL
Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-2048d97e-abfe-c59-926b-00505096280



SARS-CoV-2. Extracto del Documento de Manejo Clínico del Ministerio de Sanidad Actualización: 26 de noviembre de 2020. Disponible en: <https://www.seipweb.es/wp-content/uploads/2020/11/b26-11-AEP-SEIP-SECIP-SEUP.-DOCUMENTO-DE-MANEJO-CLINICO-DEL-PACIENTE-PEDIATRICO.pdf>.

- Manejo pediátrico en atención primaria del COVID-19. 18 de noviembre de 2020. Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo_pediatria_ap.pdf. Consultado el 23 de abril de 2021.
- Manejo clínico del COVID-19: atención hospitalaria. Actualización 18 de junio de 2020. Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Protocolo_manejo_clinico_ah_COVID-19.pdf. Consultado el 23 de abril de 2021.
- COVID-19 en pediatría: Valoración crítica de la evidencia. Comité/Grupo de pediatría basada en la evidencia de la AEP y AEPap, 31 de marzo de 2021. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/covid-19_en_pediatria_valoracion_critica_de_la_evidencia_rev_ext.pdf. Consultado el 26 de abril de 2021.
- Recomendaciones para el manejo del recién nacido en relación con la infección por SARS.CoV-2. Versión 6.2. Fecha de actualización: 27/05/2020. Disponible en: https://www.seneo.es/images/site/COVID/Recomendaciones_SENeo_SARS-CoV-2_Version_6.2_27052020_.pdf. Consultado el 23 de abril de 2021.
- Protocolo de actuación ante la aparición de casos de Covid-19 en centros educativos de la Región de Murcia. Actualización 31 de marzo de 2021. Disponible en: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/468317-Protocolo_educacion_salud_v31032021.pdf. Consultado el 23 de abril de 2021.
- Manejo hospitalario de la atención perinatal en gestantes. Adaptación para el SMS Actualizado a 22 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/460392-20200922.Manejo.hospitalario.atencion.perinatal.gestantes.SMS.pdf>
- Atención al embarazo, lactancia y puerperio durante la pandemia de COVID-19. Adaptación para el SMS. 13 noviembre de 2020. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/460592-20201112.Atencion.al.embarazo.lactancia.y.puerperio.v2.pdf>.