



Documento técnico

Manejo pediátrico en atención primaria del COVID-19

Versión del 18 de noviembre de 2020



Las recomendaciones incluidas en el presente documento están en continua revisión y serán modificadas si la situación epidemiológica así lo requiriese. Utilice este documento bajo su propia responsabilidad.



Tabla de contenido

1. Justificación	4
2. Objetivo	5
3. Recomendaciones generales en la población pediátrica en atención primaria	5
4. Identificación de los casos	7
4.1. Contacto e identificación de casos sospechosos de forma telefónica	8
4.2. Atención presencial en los centros de Atención Primaria	8
4.3. Toma de muestras en atención primaria	10
4.3.1. Muestras para diagnóstico molecular (PCR)	11
4.3.2. Muestras para detección rápida de antígenos	11
4.3.3. Muestras para determinación de anticuerpos	12
4.4. Administración de fármacos en el centro	12
4.5. Limpieza en el centro	12
5. Cuadro clínico	12
6. Aislamiento domiciliario	15
6.1. Datos a monitorizar en el seguimiento de los pacientes	15
6.2. Condiciones del aislamiento	17
6.3. Medidas de limpieza	18
7. Alta	19
8. Recomendaciones en relación a la asistencia a los centros educativos en niños/as con patología crónica	19
9. Lactancia materna	20
10. Vacunas	21
11. Notas finales	22
12. Bibliografía	22
Anexo 1: Listado de patologías de especial riesgo para COVID-19	26



COORDINACIÓN:

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias.

Subdirección de Promoción, Prevención y Calidad.

Dirección General de Salud Pública.

HAN PARTICIPADO EN LA REDACCIÓN:

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). Josefa Ares Álvarez. María Rosa Albañil Ballesteros. María Eulalia Muñoz Hiraldo. María Luisa García Gestoso. Juan Antonio García Sánchez. Cristina Rodríguez Arranz. Concepción Sánchez Pina. César García Vera y el Grupo de Patología Infecciosa de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.

Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP). Josep de la Flor Bru. Belén Aguirrezabalaga. Fernando García-Sala Viguer.

Grupo de trabajo de la Asociación Española de Pediatría (AEP) / Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Cristina Calvo Rey. Milagros García López-Hortelano. María de Ceano. José Tomás Ramos. Fernando Baquero Artigao. María Luisa Navarro. Carlos Rodrigo. Olaf Neth. Victoria Fumadó. Ana Méndez Echevarría. Teresa del Rosal. Cristina Epalza. Javier Pérez-Lescure. Antonio Pérez Martínez. Esmeralda Núñez. Cinta Moraleda. Luis Escosa. Talía Sainz. Laura Espinosa. María Isabel Barrio. María José Mellado.

La **Asociación IHAN** (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia a la Lactancia y al Nacimiento) ha revisado el capítulo de lactancia materna.

CONTROL DE REVISIONES Y MODIFICACIONES		
Nº Revisión	Fecha	Descripción de modificaciones
1	23/03/2020	– Edición inicial
2	20/04/2020	– Modificación del punto 4.2 – Modificación del punto 6.1
3	18/05/2020	– Modificación de algunos conceptos y actuaciones para su adaptación a los cambios realizados y a la actual situación epidemiológica. – Revisión y modificación de los datos epidemiológicos. – Revisión de la edad de recomendación de uso mascarillas en la infancia. – Modificación de los grupos de pacientes con factores de riesgo. – Inclusión de un algoritmo para el manejo de pacientes con COVID-19 en atención primaria. – Actualización del procedimiento de identificación de los casos. – Revisión del proceso de toma de muestras en AP. – Actualización de los criterios para el alta. – Actualización del enlace al Documento de manejo clínico del paciente pediátrico con infección por SARS-CoV-2. – Inclusión de referencias actualizadas.
4	01/06/2020	– Corrección de errores y enlaces.
5	17/06/2020	– Adecuación del periodo de aislamiento a la nueva estrategia.
6	10/09/2020	– Adecuación de las indicaciones de PCR. – Inclusión de la no necesidad de PCR para levantar aislamiento.
7	18/11/2020	– Reducción cuarentena y aislamiento a 10 días. – Modificación de la definición de caso en población pediátrica. – Recomendaciones en relación con los niños/as con patologías crónicas durante la pandemia. – Utilización de test rápidos de antígenos para el diagnóstico. – Actualización del algoritmo de abordaje pediátrico. – Lactancia materna. – Vacunas. – Revisión del lenguaje



1. Justificación

Desde la declaración de la pandemia mundial el pasado 11 de marzo de 2020, la enfermedad por coronavirus, COVID-19, se ha diseminado por todo el mundo y ha tenido un enorme impacto, no solo en el ámbito sanitario sino también en el ámbito económico y social.

La población infantil y adolescente es susceptible de infectarse. Según los datos de la [Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica \(RENAVE\)](#), desde el inicio de la pandemia ha habido 78.413 casos confirmados en edad pediátrica (0-14 años). Si tenemos en cuenta los casos notificados desde el 11 de mayo en que se publicó la Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19, los casos en edad pediátrica representan un 12,4% del total de casos notificados al Sistema para la Vigilancia en España (SiViEs).

Igualmente, cada vez es más evidente que la incidencia de enfermedad sintomática es menor en población infantil. De los más de 78.000 casos diagnosticados en edad pediátrica, tenemos información sobre datos clínicos en alrededor de 2.000. En estos, las formas de presentación clínica, en general, son más leves y un 20% de los casos presentó cierto grado de dificultad respiratoria. Según los datos de SiViEs, el 63% de los casos presentaron fiebre, el 56% tos, el 25% dolor de garganta y diarrea un 19%, presentándose en muchos casos estos síntomas asociados.

En general, según los datos disponibles hasta la fecha, los niños/as con COVID-19 tienen mejor pronóstico que las personas adultas; se registran menos casos graves que en adultos, y los casos leves se recuperan en 1-2 semanas desde del inicio de la enfermedad. Esta menor morbilidad en niños/as, a pesar de tener cargas virales similares o incluso más altas que las personas adultas no está del todo explicada, sin embargo, hay diferencias que apuntan al hecho de las características diferenciales del sistema inmune pediátrico además de presentar menor comorbilidad y una capacidad regenerativa del tejido pulmonar muy por encima de la de los adultos. Sin embargo, también pueden presentar un curso grave de la enfermedad sobre todo los menores de 1 año y en aquellos con factores de riesgo. Se ha descrito un incremento de pacientes pediátricos que han precisado ingreso en unidades de cuidados intensivos con sintomatología abdominal inicial y fiebre que evoluciona a un cuadro inflamatorio multisistémico con afectación cardíaca y manifestaciones parecidas a la enfermedad de Kawasaki y al síndrome de shock tóxico, definido por la OMS como "Síndrome Inflamatorio Multisistémico Pediátrico temporalmente asociado con el SARS-CoV-2 (SIM-PedS)".

El papel de la infancia en la diseminación del virus en la comunidad es incierto dado que existe un elevado número de casos asintomáticos en los grupos de edad más jóvenes cuya contribución a la transmisión del virus ha sido demostrada. A nivel nacional, según datos de SiViEs, desde el 11 de mayo, el 64% de los casos en población pediátrica son asintomáticos, con respecto a un 46% en población general. Un estudio reciente encontró en una muestra de 40 niños/as enfermos que solo en un 8% de los contactos familiares el niño/a era el caso índice. El resto, desarrolló los síntomas tras haber tenido contacto con una persona adulta enferma. Las series de niños con infección por SARS-CoV-2 procedentes de China, y posteriormente de otros países, demuestran que la mayoría de las infecciones pediátricas son casos secundarios intrafamiliares. No obstante, la limitación de estos datos es que la mayoría proceden de estudios realizados en el período de confinamiento y cierre de centros escolares. Actualmente, los datos sugieren que los niños no son los principales impulsores de la transmisión del



SARS-CoV-2 en las escuelas.

En población adulta, las manifestaciones clínicas englobadas bajo el término COVID-19, incluyen 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. Sin embargo, estas manifestaciones clínicas no siempre están presentes en la población infantil, en la que por orden de frecuencia, la enfermedad se presenta con fiebre, tos, dolor de cabeza, síntomas gastrointestinales, dolor de garganta, disnea, mialgia y secreción o congestión nasal.

Con respecto al tratamiento, por el momento no existe un tratamiento específico. Se realiza tratamiento sintomático en los casos leves y moderados, tratamiento con antivirales o inmunomoduladores en casos moderados y graves y/o si presentan factores de riesgo; además de medidas de soporte o tratamiento de complicaciones en casos graves. Se han puesto en marcha numerosos [ensayos clínicos](#) controlados con moléculas de nuevo desarrollo y de medicamentos ya autorizados en otras indicaciones, para casos graves, la mayoría de estos son [medicamentos de uso hospitalario](#).

2. Objetivo

El objetivo de este documento es describir el manejo inicial en la atención a los casos de COVID-19 en las consultas de pediatría de atención primaria (AP). No obstante, se asumen las directrices generales en el abordaje diagnóstico y posterior tratamiento de los casos sospechosos y sus contactos, así como las indicaciones de protección individual, toma y transporte de muestras clínicas, notificación a las autoridades de Salud Pública, traslados a los centros hospitalarios, limpieza y gestión de residuos.

Se incluyen además algunos aspectos relacionados con la COVID-19 en la atención a los niños/as con patologías crónicas, así como con las actividades de promoción de la salud y prevención en la consulta de atención primaria como son el fomento de la lactancia materna y la vacunación.

3. Recomendaciones generales en la población pediátrica en atención primaria

- Se recomienda la colocación de información visual (carteles, folletos, etc.) en las salas de espera de los centros de salud, incluyendo información adaptada a los pacientes pediátricos para advertir y ofrecer, tanto a los niños/as con edad suficiente para poder colaborar, como a sus cuidadores, las instrucciones necesarias sobre el lavado de manos e higiene respiratoria (incluyendo protección con flexura del codo al toser o estornudar).
- Hay diferentes estudios que apuntan a la posibilidad de una menor transmisión en los niños/as de menor edad, en especial los menores de 10 años, teniendo los adolescentes un papel en la transmisión similar a las personas adultas. Sin embargo, algunas características de los niños/as,



sobre todo los de menor edad, pueden dificultar el control de las infecciones:

- Menor control de la emisión de secreciones y menor control de esfínteres.
 - Menor autonomía para adoptar medidas de higiene personal.
 - Dificultad para mantener mascarilla sobre nariz y boca.
 - Mayor movilidad y dificultad para permanecer quietos en un lugar determinado, lo que imposibilita el control de los contactos adecuadamente.
 - Tendencia a compartir juguetes y objetos e interactuar entre ellos.
 - La edad y la idiosincrasia propia del paciente pediátrico hacen imprescindible la figura del cuidador. Las medidas higiénicas y el aislamiento del paciente implican a todas las personas responsables de su cuidado.
 - La posible mayor frecuencia en niños/as de infecciones asintomáticas y con manifestaciones gastrointestinales.
 - La evidencia de transmisión antes de la aparición de síntomas.
- En las salas de espera pediátricas no habrá materiales como juguetes, libros u otros utensilios que se puedan compartir y en los que no se pueda garantizar que se cumplen las normas de limpieza e higiene de material recomendadas.
 - Los pacientes pediátricos y acompañantes que acudan a los centros sanitarios deben recibir y ponerse una mascarilla quirúrgica, salvo para las excepciones contempladas por la [Orden SND/422/2020](#) de 19 de mayo.
 - Los menores de un año deberán mantenerse en los coches, sillas o sistemas de retención de bebés y apartados de los demás pacientes.
 - Se adaptarán las salas de espera para garantizar la distancia mínima de seguridad interpersonal de 2 metros al sentarse, respetando el aforo máximo según la estructura del centro.
 - Sería una medida a considerar, si es imposible hacer una contención razonable y en determinados escenarios o entornos clínicos especialmente susceptibles, que los pacientes médicamente estables puedan optar por esperar en un vehículo personal o fuera del centro de atención médica, donde pueden ser contactados por teléfono móvil cuando sea su turno para ser valorados.
 - Los familiares o acompañantes deberán facilitar y ayudar a los niños/as a utilizar adecuadamente la solución hidroalcohólica que estará al alcance de la población y del personal. No dejar al alcance de los niños/as sin supervisión para evitar que sea ingerida o entrar en contacto con los ojos.
 - Dadas las características de la población pediátrica y considerando la dificultad de contención, se debería asegurar una clasificación rápida y el aislamiento de pacientes con síntomas de sospecha de COVID-19 (p. ej., fiebre, tos). Para ello se deben establecer e implementar sistemas de triaje efectivos, ya sean telefónicos o en la zona administrativa, realizando una encuesta con criterios clínicos y epidemiológicos o en los centros rurales una rápida anamnesis tan pronto llegue el paciente.
 - Los niños/as y acompañantes que puedan ser considerados como casos sospechosos de infección o hayan sido contacto de pacientes con COVID-19 deberán ser aislados en la sala que el centro



sanitario haya establecido para tal efecto (ver [Manejo en atención primaria y domiciliaria del COVID-19](#)).

- Planificar e implementar sistemas de comunicación a distancia con los pacientes y/o familiares o cuidadores. Todo ello para minimizar las consultas presenciales, garantizar el cumplimiento de los regímenes terapéuticos establecidos y ofrecer instrucciones por teléfono si enferman, evitando en lo posible su asistencia a las consultas o programar citas más flexibles en horarios de menor afluencia de pacientes, adaptando las agendas de los profesionales.

4. Identificación de los casos

- El procedimiento de identificación de los casos de COVID-19 debe comenzar en el primer contacto de los pacientes con el sistema sanitario, telefónico o presencial, donde se debe determinar si el paciente cumple la definición de caso sospechoso.
- Definición de **caso sospechoso de COVID-19 en población pediátrica**: cualquier niño/a con un cuadro clínico 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 o congestión nasal, generalmente de forma agrupada. También se ha descrito la presencia de anosmia o ageusia (en la población que pueda identificar estos síntomas). 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.
- Ante todo caso considerado como sospechoso se debe realizar una prueba de diagnóstico de infección activa¹ (de aquí en adelante PDIA) para la detección de infección por SARS-CoV-2. Las definiciones de caso y contacto se pueden consultar en la [Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19](#) y en la [Guía de actuación ante la aparición de casos de COVID-19 en centros educativos](#).
- Cada centro sanitario debe habilitar una zona para la atención de los pacientes con sospecha de COVID-19, considerando que deben ser atendidos en zonas separadas manteniendo en todo momento una distancia mínima de 2 metros respecto al resto de usuarios del centro y con medidas físicas de separación, y preferiblemente, si las condiciones del centro así lo permiten, en una sala o consulta específica a la que se acceda por un circuito independiente.
- Los profesionales que atiendan a estos pacientes deberán llevar las medidas de protección adecuadas con las características pertinentes según la evaluación del riesgo (gafas, mascarilla, bata, guantes).

¹ PDIA: prueba diagnóstica para la confirmación de caso COVID-19, que puede ser una prueba rápida de antígeno o RT-PCR. En el caso de pruebas rápidas de antígenos solo deben usarse aquellas que cumplan los criterios establecidos por la OMS ([Antigen-detection in the diagnosis of SARS-CoV-2 infection using rapid immunoassays](#)) de $\geq 80\%$ de sensibilidad y $\geq 97\%$ de especificidad.



4.1. Contacto e identificación de casos sospechosos de forma telefónica

- El proceso comienza con una llamada telefónica por parte de la familia o cuidador del paciente. El personal sanitario evaluará el motivo de la consulta y la situación clínica del paciente. Ante toda sospecha de COVID-19 se solicitará una PDIA.
- En caso de 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, que 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.
- En caso de sintomatología leve, el personal sanitario realizará una valoración de la situación clínica y la comorbilidad y emitirá las recomendaciones oportunas. El niño/a y la persona cuidadora, aunque puede depender de la edad, deberán autoaislarse en el domicilio. Si las condiciones de la vivienda lo permiten, el aislamiento del paciente se hará en una estancia bien ventilada y, si es posible, con un baño propio. Los niños/as pequeños no pueden aislarse solos en una habitación, por lo que sus cuidadores estarán pendientes, llevando mascarilla y extremando la higiene de manos y la ventilación.
- La duración del aislamiento se decidirá en función de: la fecha de inicio de los síntomas, la fecha de resolución de los mismos, el grado de afectación del paciente (leve o grave) y el resultado de las pruebas microbiológicas. Se seguirán las mismas instrucciones generales recomendadas por las autoridades sanitarias. Para cada caso concreto puede consultarse en los documentos de [Prevención y control de la infección en el manejo de pacientes con COVID-19](#) y de [Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19](#).
- Se recomienda realizar una revisión telefónica en 24 horas y en 48 horas tras el primer contacto con los servicios de sanitarios.
- En caso de empeoramiento, se indicará a la familia que contacte con su centro de atención primaria (CAP) y/o con los teléfonos habilitados para ello o con los servicios de urgencias (112 o 061) si el deterioro clínico es rápido.

4.2. Atención presencial en los centros de Atención Primaria

- En general, a cualquier paciente que acuda a un CAP se le suministrará una mascarilla quirúrgica si no la lleva o ésta es inadecuada. Los niños/as que no puedan utilizar mascarilla, se mantendrán en los sistemas de retención de bebés, en brazos de los cuidadores o a su lado, según la edad. Los cuidadores se encargarán de que no se relacione con otros pacientes a menos de 2 metros de distancia. Se le ofrecerá solución hidroalcohólica para la higiene de manos, tanto a la persona



acompañante como al niño/a, explicando que no debe ser ingerida ni entrar en contacto con los ojos. La persona acompañante debe llevar una mascarilla quirúrgica.

- Se avisará al personal sanitario y se acompañará al paciente a la zona designada hasta que sea atendido con el fin de evitar el contacto con otras personas. Si la zona designada es una estancia, la puerta deberá estar cerrada, deberá estar bien ventilada y solo accederá el personal esencial para la atención y cuidado del paciente.
- El personal que lo traslade hasta la zona designada llevará el equipo de protección adecuado al riesgo de exposición.
- La sala debe estar dotada de dispensadores con solución hidroalcohólica para la higiene de manos.
- Una vez allí, el personal sanitario completará la anamnesis para verificar que el paciente cumple los criterios clínicos y/o epidemiológicos. Ante sospecha de COVID-19 se indicará una toma de muestra para PDIA, según la [Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de la COVID-19](#).
- Si se clasifica al paciente como caso sospechoso de COVID-19 se codificará según los criterios de cada comunidad autónoma.
- Se ha de informar a los familiares o cuidadores del menor y al paciente, si tiene edad suficiente, de la situación de manera clara, directa y sencilla para transmitirle tranquilidad y minimizar su ansiedad, mostrando en todo momento disponibilidad para responder a todas sus dudas.
- Si cumplen criterios de caso sospechoso, se valorarán los criterios de gravedad clínica para decidir su derivación a un centro hospitalario o el seguimiento domiciliario. Se contempla este último supuesto siempre que no existan signos y síntomas clínicos de gravedad, el entorno sea adecuado, se garantice en todo momento una supervisión por una persona adulta responsable que se encuentre en condiciones adecuadas y se cumplan unos requisitos mínimos. En caso contrario se deberá aislar a los niños/as y sus cuidadores en otras instalaciones dispuestas en la comunidad al efecto.
- Se valorará de forma individualizada el traslado a un centro hospitalario de los pacientes pediátricos con factores de riesgo (tabla 1), y de forma general aquellos con síntomas de infección complicada o criterios de gravedad (tabla 2).
- Si el niño/a tiene buen estado general, y los padres, madres o personas cuidadoras disponen de vehículo propio, se podrá valorar el traslado por sus medios, en ningún caso en transporte público. Se recomienda comunicar al centro hospitalario de referencia la derivación.
- Se decidirá el aislamiento en domicilio de los niños/as sin factores de riesgo (tabla 1) y con ausencia de síntomas de gravedad (tabla 2).
- Si el niño/a no cumple criterios de caso sospechoso, el profesional de AP realizará la atención de la forma habitual, siempre cumpliendo con las precauciones universales que incluyen medidas como la higiene de manos e higiene respiratoria y el uso de la mascarilla quirúrgica.



Tabla 1. Factores de riesgo de evolución grave u hospitalización

Fuente: [Documento de manejo clínico del paciente pediátrico con infección por SARS-COV-2.](#)

Inmunodepresión	Inmunodeficiencias primarias (1) Trasplante de órgano sólido o progenitores hematopoyéticos Tratamiento con quimioterapia, inmunosupresores, biológicos Infección VIH con <200 CD4
Cardiopatías	Con repercusión hemodinámica Precisan tratamiento médico Hipertensión pulmonar Postoperatorio reciente de cirugía o cateterismo En espera de trasplante Insuficiencia cardíaca Enfermedad coronaria Miocardiopatía
Patología respiratoria crónica (neumopatías crónicas)	Fibrosis quística Displasia broncopulmonar Portadores de traqueostomía, oxigenoterapia o ventilación mecánica domiciliaria Asma grave
Otros	Diálisis Drepanocitosis Diabetes tipo 1 con mal control metabólico Malnutrición severa, intestino corto, epidermólisis bullosa Encefalopatías graves, miopatías Errores congénitos del metabolismo Obesidad en adolescentes

(1) Excluido déficit de IgA

Tabla 2. Criterios clínicos de gravedad

Fuente: Extraído de [Documento de manejo clínico del paciente pediátrico con infección por SARS-COV-2.](#)

<ul style="list-style-type: none">• Dificultad respiratoria con o sin sibilancias asociadas (ver administración de medicación)<ul style="list-style-type: none">○ 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 o sibilantes audibles sin fonendoscopio, cianosis, saturación de O₂ <92%.• Gastrointestinales: Vómitos frecuentes, diarrea con signos o sospecha de deshidratación, rechazo de la alimentación, hipoglucemia...• Neurológicos: Confusión, letargia...• Sospecha de SIM-PedS asociado a SARS-CoV-2<ul style="list-style-type: none">○ Cuadro clínico compatible con miocarditis, shock séptico o shock tóxico.○ Fiebre y dolor abdominal o exantema cutáneo o conjuntivitis compatible con enfermedad de Kawasaki completa o incompleta.

4.3. Toma de muestras en atención primaria

- La información sobre las distintas pruebas diagnósticas para COVID-19 se encuentra en el documento [Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19.](#)



4.3.1. Muestras para diagnóstico molecular (PCR)

- Para su realización se debe emplear el equipo de protección individual que incluya bata de protección, mascarilla FFP2, guantes y protección ocular.
- Las muestras respiratorias que se aconseja tomar son, preferiblemente, las obtenidas con hisopado/escobillado nasofaríngeo; y, aunque menos adecuado, también se podría considerar el escobillado/hisopado orofaríngeo. De forma excepcional, a los pacientes sintomáticos que no se les pueda extraer una muestra de exudado nasofaríngeo, se podrá extraer una muestra de saliva, teniendo en cuenta las limitaciones de sensibilidad de este tipo de muestras. De momento y dado que la mayor carga viral está en fosas nasales/nasofaringe, son preferibles las muestras *nasofaríngeas*.
- No debe recogerse con hisopos de alginato de calcio, de algodón o con vástagos de madera. Se debe insertar un hisopo más flexible, de dacrón o poliéster en la fosa nasal paralelo al paladar.
- El hisopo debe alcanzar una profundidad igual a la distancia desde las fosas nasales hasta la abertura externa de la oreja. Se gira el hisopo en ese lugar durante varios segundos para absorber las secreciones. Se retira lentamente mientras se gira. Puede verse en [este vídeo](#).
- Los hisopos se introducen inmediatamente en tubos estériles que contengan 2-3 mL de medio de transporte viral. La muestra ha de conservarse en nevera hasta su envío al laboratorio.
- La preparación y envío de la muestra se hará según se recoge en el documento de [Toma y transporte de muestras para diagnóstico por PCR de SARS-CoV-2](#).

4.3.2. Muestras para detección rápida de antígenos

- Recientemente se han comercializado pruebas de detección rápida de antígenos² que pueden realizarse en el punto de atención al paciente lo cual facilita la asistencia y la toma de decisiones. Emplean como muestra el exudado nasofaríngeo (u orofaríngeo) que ha de ser extraído en las mismas condiciones que para la PCR y presentan unos datos de sensibilidad y especificidad similares a la PCR en personas con síntomas de 5 o menos días de evolución. Por el momento no existe evidencia científica suficiente acerca de resultados específicos en la población pediátrica, y según datos preliminares, la sensibilidad de estas pruebas en población pediátrica podría ser algo inferior que en la población general. No obstante, se sigue recomendando su uso, tal y como se establece en la [Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19](#).
- Uno de los inconvenientes de este tipo de pruebas es que, en algunas de ellas (véase las indicaciones del fabricante), es necesaria una nueva toma de muestra en el caso de que se quisiera realizar PCR.

² Como se refiere en la [Estrategia de detección precoz, vigilancia y control](#) solo deben utilizarse aquellas pruebas rápidas que cumplan los [criterios de la OMS](#) de sensibilidad (S) y especificidad (E) de $\geq 80\%$ de S y $\geq 97\%$ de E, y que hayan seguido estudios independientes de validación por laboratorios clínicos o de referencia a nivel nacional o internacional.



4.3.3. Muestras para determinación de anticuerpos

- La disponibilidad, utilización e interpretación de estas pruebas se ajustarán a las normas dictadas por las autoridades sanitarias según la [Estrategia de detección precoz, vigilancia y control](#) y el documento [Interpretación de las pruebas diagnósticas frente a SARS-CoV-2](#).

4.4. Administración de fármacos en el centro

- Se evitará la administración de aerosoles. En caso de ser necesaria la administración de fármacos inhalados se recomienda utilizar cámaras de inhalación y dispositivos de inhalación de dosis media (MDI) con o sin mascarilla o dispositivos de polvo seco en función de la edad del paciente. Será el propio paciente o sus familiares los que administrarán la medicación.
- Ante la posibilidad de atender a pacientes no clasificados correctamente, en el momento actual se debe evitar en lo posible la administración de aerosoles en cualquier paciente. En caso necesario, se administrarán en una sala con ventilación y se mantendrá la puerta cerrada. El profesional debe de utilizar el equipo de protección adecuado al riesgo de exposición y en función de las recomendaciones referidas en el documento [Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2](#).
- Se evitará aspiración de secreciones.

4.5. Limpieza en el centro

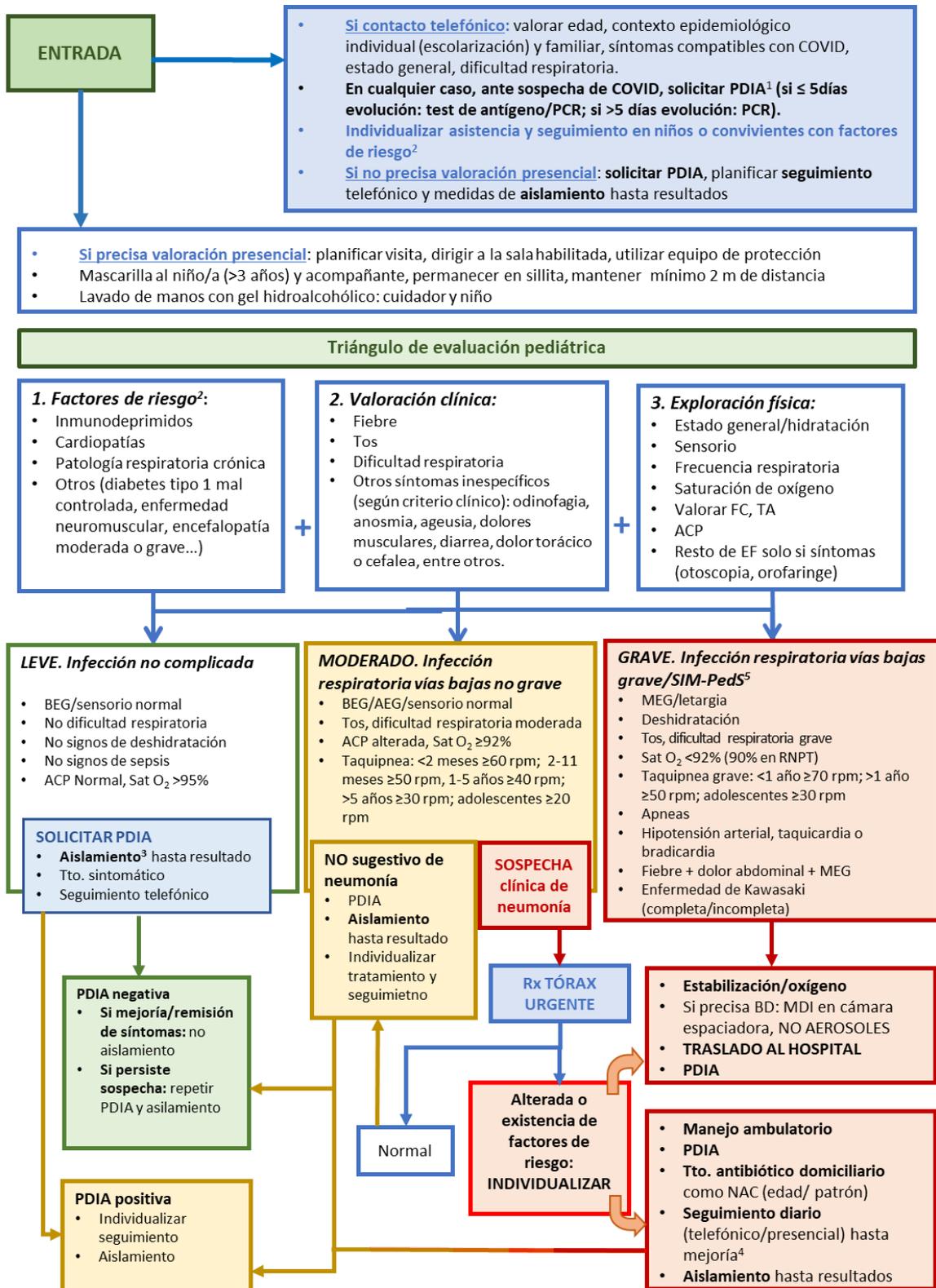
- Las recomendaciones sobre limpieza de los centros sanitarios y los materiales de exploración son las referidas en el documento técnico [Prevención y control de la infección en el manejo de pacientes con COVID-19](#).
- La limpieza de utensilios médicos utilizados en la atención al paciente se realizará con alcohol de 70°.

5. Cuadro clínico

- Para la valoración clínica de los pacientes y su manejo diagnóstico y terapéutico se recomienda consultar el [Documento de manejo clínico del paciente pediátrico con infección por SARS-CoV-2](#).
- En el siguiente algoritmo se propone una aproximación al manejo en AP de pacientes con COVID-19 (figura 1).



Figura 1. Abordaje del paciente con sospecha de COVID-19 en pediatría de atención primaria



PDIA: prueba diagnóstica de infección activa; GI: gastrointestinal; ACP: auscultación cardiopulmonar; EF: exploración física; BEG: buen estado general; AEG: aceptable estado general; MEG: mal estado general; FR: factores de riesgo; RNPT: recién nacidos pretérmino; Tto.: tratamiento; BD: broncodilatadores; MDI: inhalador de dosis media (en inglés); Rx: radiografía; NAC: neumonía adquirida en la comunidad



Notas aclaratorias al algoritmo:

Las diferencias existentes en el momento actual entre CCAA relativas a la disponibilidad de pruebas y organización de circuitos diagnósticos, restricción de consultas presenciales y coordinación entre niveles asistenciales, impide hacer recomendaciones generalizadas para todos los profesionales de AP. No obstante, la evidencia científica disponible permite hacer las siguientes propuestas:

- ¹La recomendación actual es realizar una **PDIA** (prueba diagnóstica de infección activa) a toda persona con sospecha de infección por SARS-CoV2 (test antigénicos o RT-PCR de ARN viral). La realización de una u otra, o una secuencia de ellas, dependerá del ámbito de realización, la disponibilidad y de los días de evolución de los síntomas.
- ²Deben identificarse los pacientes incluidos en grupos con factores de riesgo y establecer un seguimiento y manejo individualizado, teniendo en cuenta la posibilidad de mala evolución en estos casos, de acuerdo con su especialista en su centro de referencia (ver tabla 1).
- ³En los casos confirmados con seguimiento ambulatorio, el aislamiento se mantendrá hasta transcurridos tres días desde la resolución de la fiebre y del cuadro clínico con un mínimo de 10 días desde el inicio de los síntomas (considerar que la anosmia o la ageusia, pueden persistir semanas, sin que ello implique infectividad). No será necesario la realización de una PCR para levantar el aislamiento ni para reincorporarse a la actividad escolar. En los casos asintomáticos el aislamiento se mantendrá hasta transcurridos 10 días desde la fecha de toma de la muestra. El seguimiento será supervisado hasta el alta epidemiológica de la forma que se establezca en cada comunidad autónoma.
- En los casos confirmados que hayan precisado ingreso, podrán recibir el alta hospitalaria si su situación clínica lo permite, aunque su PCR siga siendo positiva, manteniendo el aislamiento domiciliario con seguimiento ambulatorio, al menos 14 días desde el inicio de síntomas y se podrá finalizar el aislamiento si han transcurrido tres días desde la resolución de la fiebre y el cuadro clínico y siempre bajo criterio clínico. Si antes de transcurridos estos 14 días de aislamiento domiciliario desde el alta hospitalaria se realiza una PCR y se obtiene un resultado negativo, se podrá desaislar al paciente, siempre bajo criterio clínico. Para cada caso concreto, puede consultarse "*Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19*".
- 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.
- ⁴Se 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.
 - Valoración hospitalaria ante sospecha de SIM-PedS, neumonías de aspecto viral (sobre todo bilaterales y con fiebre persistente, especialmente con linfopenia), si no hay respuesta tras 48 horas de tratamiento ambulatorio y cuadros compatibles con enfermedad de Kawasaki, para ampliar estudio y considerar ingreso.
- ⁵**SIM-PedS: Síndrome Inflamatorio Multisistémico Pediátrico vinculado a SARS-CoV-2**; los cuadros clínicos que podrían ser compatibles son: 1) Cuadro clínico compatible con miocarditis, shock séptico o shock tóxico. 2) Cuadro clínico compatible con enfermedad de Kawasaki completa / incompleta. 3) Fiebre y dolor abdominal o exantema cutáneo o conjuntivitis, con alteración analítica compatible (especialmente reactantes de fase aguda o RFA muy elevados y/o alteración de enzimas cardíacas).



6. Aislamiento domiciliario

En algunas situaciones los pacientes pueden permanecer en su domicilio:

- Casos sospechosos o confirmados con cuadros que pueden ser manejados de forma ambulatoria ([aislamiento domiciliario](#)).
- Contactos estrechos de los casos confirmados durante los 10 días siguientes al último contacto con el caso ([cuarentena](#)).
- Pacientes dados de alta de un servicio hospitalario (si no ha finalizado el periodo de aislamiento).

Han de cumplirse determinadas condiciones:

- Es posible la monitorización y seguimiento estrecho de su estado con atención especial en la segunda semana de evolución porque los síntomas pueden empeorar afectando a la vía respiratoria inferior.
- No presenten enfermedad de base: en la tabla 1 se incluyen las situaciones que puedan desaconsejar la asistencia domiciliaria.
- El entorno familiar es capaz de suministrar cuidados y mantener aislamiento separado del resto de convivientes (en los niños/as pequeños no es posible dejarlos solos en una habitación por lo que las personas cuidadoras extremarán las medidas de prevención).
- Valorar situaciones particulares de convivientes vulnerables (embarazadas, edad avanzada, personas con enfermedades crónicas).
- En el caso de pacientes dados de alta de un servicio hospitalario se debe establecer un mecanismo de coordinación entre atención primaria y atención hospitalaria.

Previo al aislamiento domiciliario a los pacientes y sus familias:

- Se les dará por escrito normas sobre cómo realizar el aislamiento, la limpieza y el tratamiento de residuos.
- Se concertará con ellos el sistema de seguimiento: teléfono de contacto, horario, datos a vigilar.
- A las personas cuidadoras se les entregará unas hojas de seguimiento diario que tendrán que cumplimentar para monitorizar la progresión del cuadro clínico.
- Se darán por escrito datos de alarma ante cuya aparición deben consultar y cómo hacerlo.

6.1. Datos a monitorizar en el seguimiento de los pacientes

- El profesional sanitario establecerá contacto telefónico con la familia, preguntando y registrando en la historia clínica electrónica o en el sistema establecido las respuestas según tabla adjunta (tabla 3).
- En base a las respuestas obtenidas se decidirá: programar alta, mantener situación, visita presencial o domiciliaria o derivación hospitalaria.



Tabla 3. Datos a monitorizar en el seguimiento de pacientes		
	9 horas	18 horas
Sueño <ul style="list-style-type: none">● Ha dormido mal● Ha dormido como siempre● Somnoliento		
Alimentación <ul style="list-style-type: none">● Mal● Aceptable● Habitual		
Diuresis <ul style="list-style-type: none">● No orina en 12 horas● Orina bien		
Diarrea <ul style="list-style-type: none">● Número● Consistencia		
Vómitos <ul style="list-style-type: none">● Número		
Estado general <ul style="list-style-type: none">● Habitual● Irritable● Decaído		
Temperatura <ul style="list-style-type: none">● Registro		
Disnea <ul style="list-style-type: none">● Tiraje supraesternal, supraclavicular● Tiraje intercostal● Tiraje subcostal		
FC	Si exploración física	Si exploración física
FR	Si exploración física	Si exploración física
Sat O2	Si exploración física	Si exploración física
Tos <ul style="list-style-type: none">● En aumento● En disminución● Igual		
Supervisión de tratamiento (en su caso)		
¿Se mantiene en una habitación aislado?		
¿Usa cubiertos y vajilla exclusivamente para él?		
¿Comparte objetos?		
¿Ha recibido visitas?		
¿Algún conviviente presenta síntomas?		



Si en algún momento fuera necesario realizar una visita domiciliaria se tendrán en cuenta las recomendaciones del documento técnico [Manejo en atención primaria y domiciliaria del COVID-19](#).

6.2. Condiciones del aislamiento

- Respecto a la infección por SARS-CoV2 hay que tener en cuenta que la transmisión se realiza fundamentalmente a través de secreciones respiratorias de tamaño variable y por contacto, pero el virus también se excreta en heces, aunque por el momento no se ha documentado ningún caso en el que se pueda confirmar esta vía de transmisión.
- El periodo de incubación mediano es de 5-6 días, con un rango de 1 a 14 días. Hay que recordar que existe transmisión en el periodo de incubación, desde dos días antes del inicio de síntomas.
- La transmisión se realiza a partir de secreciones de personas infectadas, principalmente por contacto directo con secreciones respiratorias y de las manos o los fómites contaminados con estas secreciones seguidas del contacto con la mucosa de la boca, nariz u ojos. Aunque existen estudios que indican la permanencia del virus en ciertas superficies (ver [Información Científica Técnica](#)), no existen estudios que emulen las condiciones naturales y con un inóculo similar al encontrado en las gotas respiratorias. Hasta el momento no se ha descrito ningún caso por transmisión exclusiva a través de fómites.
- Se ha demostrado la transmisión del virus por aerosoles en entornos cerrados, concurridos y mal ventilados, y si se realizan actividades que aumenten la generación de aerosoles como hacer ejercicio físico, hablar alto, gritar o cantar y donde no se guarden las medidas de protección (no uso de mascarilla).

Tabla 4. Lugar y condiciones del aislamiento
Lugar del aislamiento <ul style="list-style-type: none">• El niño/a y su cuidador/a permanecerán aislados en una habitación lo más alejada del resto de convivientes y con la puerta cerrada. Deberá tener ventilación al exterior, evitando corrientes de aire hacia el resto de la casa. Utilizarán si es posible un baño de uso exclusivo.• En la medida de lo posible se intentará limitar la circulación del paciente por el entorno doméstico para minimizar el contacto con el resto de familiares o convivientes. Si la situación lo requiere el paciente circulará por el entorno domiciliario haciendo un uso correcto de la mascarilla y siempre manteniendo distancia de al menos 2 metros respecto al resto de convivientes.• Dispondrá de un cubo de basura con tapa con pedal y bolsa en su interior con cierre hermético para alojar cualquier desecho.
Comunicación con el resto de familiares y personal sanitario <ul style="list-style-type: none">• La vivienda deberá de disponer de un teléfono para la comunicación directa con el personal sanitario designado para el seguimiento de la evolución del paciente. Con el fin de minimizar el contacto del paciente con el resto de familiares se puede utilizar un móvil.
Lavado de manos y aseo personal <ul style="list-style-type: none">• El lavado de manos es una de las medidas principales para evitar el contagio por coronavirus. Se tiene que realizar:<ul style="list-style-type: none">– Tras contacto con saliva, secreciones oculares y nasales, manipular pañuelos, antes y después del cambio de pañal– Después de toser o estornudar



- Antes y después de cada contacto que se tenga con el paciente
- Antes de que el paciente salga de su habitación
- Antes de comer
- Después de realizar la limpieza de cualquier útil o superficie. No compartir con los demás, alimentos, bebidas, vasos, platos y cubiertos.

Medidas de protección directa para la persona cuidadora y el niño/a si su edad lo permite

- Cubrir con la flexura del codo la boca y la nariz al toser y estornudar con mascarilla y lavado de manos inmediatamente después. Si se usa pañuelo de papel, desecharlo y lavarse las manos inmediatamente después.
- Mantener distancia de al menos 2 metros de resto de convivientes. Pueden utilizarse dispositivos de retención infantil como carritos, parques, cunas, etc. Evitar contacto físico (besos, abrazos, saludos con contacto con resto de familiares).
- Se deberá restringir cualquier visita domiciliaria que no sea imprescindible.
- El paciente podrá asearse de forma habitual minimizando el contacto con objetos si el baño no es exclusivo y desechando la ropa en un cubo exclusivo para ello. Los utensilios de aseo serán de uso individual.

6.3. Medidas de limpieza

- Los coronavirus son virus envueltos por una capa lipídica lo que les hace ser especialmente sensibles a los desinfectantes de uso habitual en el medio sanitario.
- En condiciones experimentales, el SARS-CoV-2 se redujo en 4-6 log¹⁰ a los 5 minutos de aplicar lejía casera en concentraciones de 1:49 y 1:99, etanol 70%, povidona yodada 7,5%, cloroxilenol 0,05%, clorhexidina 0,05%, cloruro de benzalconio 0,1%, y solución de jabón líquido en concentración de 1:49. [*Información científico-técnica, enfermedad por coronavirus, COVID-19.*](#)
- Se recomienda:
 - Mantener **limpias las superficies de uso frecuente** como mesas, teclados, ordenadores, teléfonos, llaves, picaportes de las puertas, todas las áreas tocadas con frecuencia, como todas las superficies accesibles de paredes y ventanas, grifos, la taza del inodoro y el baño. Y cualquier objeto con el que el paciente tenga contacto para su posterior limpieza (juguetes).
 - Especial atención a las superficies que puedan tener sangre, heces o fluidos corporales.
 - No compartir los móviles y mantenerlos limpios.
 - Facilitará la tarea de limpieza si en la habitación de aislamiento se retiran todos los objetos, utensilios, juguetes, elementos decorativos, complementos textiles etc. que sea posible
 - La limpieza diaria de todas las superficies de la casa, cuando sea posible, debe realizarse con una solución de lejía en proporción 1:100: 1 parte de lejía doméstica al 5% en 50 partes de agua que debe prepararse a diario. Deberá realizarse con material desechable.
 - La persona encargada de la limpieza diaria se tendrá que proteger con mascarilla y guantes de un solo uso y asegurarse de que las habitaciones de la casa estén bien ventiladas.
 - Al terminar es importante realizar lavado de manos incluso habiendo usado anteriormente guantes.
 - Después del cada uso del baño se procederá a la limpieza con lejía de uso doméstico.



- Todas las superficies que puedan tener sangre, heces o fluidos corporales, deben limpiarse con una solución desinfectante que contenga lejía.
- **Limpieza de vajillas.** La vajilla, cubiertos y utensilios de cocina, se lavarán con agua caliente y jabón, preferiblemente en lavavajillas porque pueden alcanzarse 60 grados de temperatura.
- **Limpieza de ropas.** Hay que utilizar guantes desechables antes de tocar la ropa del enfermo, y mantenerla alejada del propio cuerpo (en una bolsa, recipiente herméticos y cerrados) Hay que lavarla **diariamente** y por separado con un detergente de ropa normal y a 60° C. Hay que dejar secar la ropa totalmente.
 - La ropa de cama, cortinas, etc. deben lavarse con un ciclo de agua caliente (60° C) y agregar detergente para la ropa. Si no se puede utilizar agua caliente se deben agregar productos químicos específicos al lavar los textiles (por ejemplo, lejía)
 - Las toallas tendrán un único uso y se desecharán a un cubo específico para el posterior lavado.
- **Eliminación de residuos.** Los guantes, pañuelos y mascarillas usados se deben tirar a la basura en bolsa de plástico cerrada y realizar una completa higiene de manos, con agua y jabón, al menos durante 20 segundos. Se puede utilizar también un desinfectante que contenga entre un 60-95% de alcohol. Repartiendo la solución por toda la superficie de las manos. La bolsa de basura se eliminará según las normas recogidas en [Manejo en atención primaria y domiciliaria del COVID-19](#)

7. Alta

- En los casos **confirmados** de COVID-19, además del criterio clínico para el alta médica, se tendrán en cuenta los dictados por las autoridades sanitarias. Dado que el alta se produce en función de la situación clínica del paciente, esta puede producirse aun cuando la PCR siga siendo positiva, por lo que, en ocasiones, se deberá mantener aislamiento domiciliario según se recomienda en los documentos: [Prevención y control de la infección en el manejo de pacientes con COVID-19](#) y [Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19](#). **En cualquier caso, no será necesario la realización de una PCR para levantar el aislamiento.** También debe tenerse en cuenta, entre las medidas higiénicas recomendadas al alta, las relativas a la eliminación del virus en heces.

8. Recomendaciones en relación a la asistencia a los centros educativos en niños/as con patología crónica

En la actualidad, no hay evidencia clara que sugiera que el nivel de riesgo del SARS-CoV-2 en la infancia es diferente al de otros virus respiratorios. Por ello, y dados los enormes beneficios de la asistencia a los centros educativos, se recomienda que los niños/as con patología crónica acudan al centro educativo siempre que su problema crónico de salud esté estabilizado y extremando las medidas de prevención.



Sin embargo, en aquellos casos que tengan patologías consideradas de especial riesgo para COVID-19 o se produzca una descompensación o agravamiento de la situación crónica, puede ser necesaria una valoración previa por parte de su profesional sanitario de referencia, así como un seguimiento para el ajuste adecuado a la educación presencial en la escuela y las medidas preventivas según la evidencia disponible.

- En general, el alumnado con **patologías crónicas estables**, que no comprometan su estado de salud puede asistir a clases presenciales de manera segura, siempre que se hayan implementado y adaptado las medidas de prevención e higiene recomendadas.
- En caso de **descompensación** de su patología crónica, o aparición de alguna complicación, no se aconseja la asistencia a clases presenciales hasta su restablecimiento.
- Los niños/as y adolescentes que presenten alguno de los problemas de salud recogidos en la lista de patologías de especial riesgo para COVID-19 ([anexo 1](#)) podrían quedar exentos de forma transitoria de la educación presencial si así lo deciden sus progenitores o tutores legales tras una evaluación individualizada y una decisión informada. La patología que justifique esta exención deberá quedar reflejada por su pediatra especialista de referencia en un informe clínico o en un certificado médico.
- Ante otras situaciones particulares del niño/a o adolescente (por otras patologías crónicas no recogidas en anexo 1 u otros condicionantes de salud) o que pudieran darse en su entorno próximo, se aconseja individualizar cada caso concreto, a fin de que la familia pueda tomar una decisión informada.

En relación con la justificación de estas situaciones:

- Los profesionales sanitarios no realizarán justificantes sobre la asistencia o no de los niños/as al centro educativo.
- Los progenitores o tutores legales podrán justificar la decisión de educación no presencial mediante presentación de certificado médico del profesional de referencia de su patología crónica grave o de informes clínicos previos donde se recoja alguno de los problemas de salud de la lista de patologías de especial riesgo para COVID-19 ([anexo 1](#)). En el caso de que los argumentos sean otros, será la familia la responsable de justificar su decisión ante la autoridad educativa.

La Asociación Española de Pediatría en conjunto con las diferentes Sociedades Científicas de Especialidades en Pediatría ha emitido un documento con recomendaciones específicas por tipo de patologías que se puede consultar en: [Recomendaciones de las distintas especialidades pediátricas de la Asociación Española de Pediatría acerca de la reincorporación a la escuela de los niños con enfermedades crónicas](#)

9. Lactancia materna

El apoyo y la promoción de la lactancia materna son medidas de salud pública que en la situación de pandemia actual cobran una importancia añadida y deben ser actuaciones prioritarias en la asistencia materno-infantil en atención primaria³⁵.

Madres con COVID-19 o con sospecha de infección



- En caso de COVID-19, la evidencia actual recomienda la lactancia materna desde el nacimiento, siempre que las condiciones clínicas del recién nacido, niño/a y su madre así lo permitan y de acuerdo con el deseo de la madre. La lactancia materna tiene muchos beneficios, entre ellos el potencial paso de anticuerpos madre-hijo frente al SARS-CoV-2. La OMS recomienda la lactancia exclusiva los primeros 6 meses de vida incluso en el caso de que la madre presente la infección por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2, y continuar posteriormente junto con la alimentación complementaria.
- Para los casos de madres lactantes fuera del periodo postnatal inmediato y que se infectan o existe sospecha de infección por el SARS-CoV-2 se recomienda extremar las medidas de aislamiento y prevención antes de coger al niño/a (higiene de manos y mascarilla) y seguir amamantando, o bien hacer una extracción de la leche tomando las máximas precauciones de aislamiento (higiene de manos y mascarilla) y que ésta sea administrada por un cuidador sano.

Primera visita neonatal tras el alta

- Las políticas de alta precoz que se han vivido en algunos momentos de la pandemia, podrían generar que los neonatos salgan del hospital sin que se haya instaurado la lactancia materna de manera adecuada, sin que la madre pueda recibir el apoyo necesario y sin la capacidad de vigilar el estado de salud del bebé en relación con la alimentación e hidratación.
- Por ello, es de especial importancia que la primera visita tras el alta hospitalaria se realice en las primeras 24-72 horas. Idealmente debe ser planificada antes del alta, entre el centro hospitalario y AP. Sería conveniente priorizar que se citen a primera hora para evitar la confluencia con otros niños.

Talleres de lactancia materna

- Los talleres de lactancia materna o los grupos de apoyo madre a madre han visto alterado en muchas ocasiones su funcionamiento durante la pandemia. Sin embargo, ya que es un recurso que apoya la instauración y mantenimiento de la lactancia, así como el bienestar y confianza de las madres, se pueden establecer talleres telemáticos, que se vean complementados con visitas para supervisar tomas cuando se vea indicado.

10. Vacunas

El mantenimiento del programa de vacunación en la población infantil es fundamental, también durante la pandemia, y se considera un servicio esencial para la comunidad.

Durante la actual pandemia de COVID-19 se está observando una disminución de las coberturas de vacunación en la población en general y en la infantil en particular, incluso en los menores de 12 meses. Aunque no hay datos de coberturas de vacunación de todas las comunidades autónomas, los datos disponibles mostraban una disminución media de las coberturas de vacunación en las tres vacunas consultadas en una encuesta realizada a las diferentes CC.AA. (hexavalente, triple vírica y tosferina en embarazadas) del 10-20% en marzo-abril y del 1-10% en los meses de julio-agosto. Debe tenerse en cuenta que la información procede de 7 a 11 CC.AA. (según vacuna) en los meses de marzo y abril y de 7 a 9 CC.AA. en julio y agosto de 2020.

Además de las vacunaciones que se consideraron prioritarias durante la fase de confinamiento (la primovacunación a los 2 y 4 meses de edad, la primera dosis de triple vírica a los 12 meses, la



vacunación en embarazadas y la vacunación en personas con condiciones de riesgo), es necesario restablecer y mantener el resto de vacunaciones sistemáticas incluidas en el calendario de vacunación y recuperar las vacunaciones que no se realizaron durante el estado de alarma. En caso de necesidad de nuevas medidas para afrontar la emergencia sanitaria, se recomienda mantener el calendario vacunal previsto y, como mínimo, las vacunas prioritarias.

Cualquier interrupción de los programas de vacunación, incluso por períodos cortos, deja a la población, y especialmente a los lactantes, en riesgo inmediato de sufrir enfermedades inmunoprevenibles. El incremento del número de personas susceptibles en la población puede poner en peligro la protección comunitaria y aumentar la probabilidad de aparición de brotes epidémicos.

En relación a la vacunación en niños/as que hayan pasado la COVID-19 o estén en cuarentena por ser contacto estrecho:

- Aunque los síntomas leves como fiebre y/o tos, también observados en COVID-19, no son necesariamente una contraindicación para la vacunación, por prudencia, y dadas las escasas evidencias al respecto, se recomienda vacunar una vez superado el periodo agudo de la enfermedad y el aislamiento recomendado.
- La vacunación no supone ningún riesgo conocido en una persona que se encuentra en el período de incubación y no influirá en el curso de COVID-19. No obstante, se recomienda posponer la vacunación hasta finalizar los días recomendados de cuarentena en los contactos.
- La infección por coronavirus tampoco influirá en la seguridad o la eficacia de la vacuna que se administra.

En relación a la vacunación frente a la gripe durante la pandemia, se recomienda la vacunación en la población infantil que presente mayor riesgo de complicaciones derivadas de la gripe por padecer alguna enfermedad o condición de las detalladas en las [recomendaciones](#) y en quienes estén en contacto con personas pertenecientes a estos grupos de riesgo.

11. Notas finales

- La situación de emergencia sanitaria puede hacer imposible la aplicación de alguna de estas recomendaciones.
- Así mismo se procederá a su actualización según se conozcan nuevas evidencias.

12. Bibliografía

1. Documento técnico Manejo en atención primaria y domiciliaria del COVID-19. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo_primaria.pdf
2. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA - J Am Med Assoc [Internet]. 2020 Feb 24 [cited 2020 Mar 6]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32091533>
3. Jiehao Cai, Jing Xu, Daojiong Lin, zhi Yang, Lei Xu, Zhenghai Qu, et al. Case Series of children with 2019 novel coronavirus infection: clinical and epidemiological features |. Clin Infect Dis [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 7];ciaa198. Available from: <https://academic.oup.com/cid/advance->



- article/doi/10.1093/cid/ciaa198/57664305.
4. Tratamientos disponibles sujetos a condiciones especiales de acceso para el manejo de la infección respiratoria por SARS-CoV-2. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/la-aemps/ultima-informacion-de-la-aemps-acerca-del-covid%e2%80%9119/tratamientos-disponibles-para-el-manejo-de-la-infeccion-respiratoria-por-sars-cov-2/>
 5. Berghezán Suárez A y Suárez Rodríguez MA. Grupo de Patología Infecciosa de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Mayo 2020. Tratamientos potenciales para la infección por COVID-19/SARS-CoV2. Disponible en: <https://www.aepap.org/grupos/grupo-de-patologia-infecciosa/documentos-del-gpi>.
 6. Kathleen Chiotos, Molly Hayes, David W Kimberlin, Sarah B Jones, Scott H James, Swetha G Pinninti, et al, Multicenter initial guidance on use of antivirals for children with COVID-19/SARS-CoV-2, Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society, p1aa045, <https://doi.org/10.1093/jpids/p1aa045>
 7. Informes periódicos sobre situación de COVID-19 en España. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginadas/InformesCOVID-19.aspx>
 8. Chen ZM, Fu JF, Shu Q, Chen YH, Hua CZ, Li FB, et al. Diagnosis and treatment recommendations for pediatric respiratory infection caused by the 2019 novel coronavirus. World Journal of Pediatrics. Institute of Pediatrics of Zhejiang University; 2020.
 9. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. N Engl J Med. 2020; 382:1199–1207 doi: 10.1056/NEJMoa2001316
 10. Wong, John E. L. Yee Sin Leo MCCT. COVID-19 in Singapore — Current Experience Critical Global Issues That Require Attention and Action. JAMA Journal Am Med Assoc [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 7]. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2761890>
 11. Wei M, Yuan J, Liu Y, Fu T, Yu X, Zhang ZJ. Novel Coronavirus Infection in Hospitalized Infants under 1 Year of Age in China. JAMA - J Am Med Assoc. [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 7]. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2761659>
 12. Infection Control: Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) | CDC [Internet]. [cited 2020 Mar 5]. Available from: <https://bit.ly/2wCLPuC>
 13. Healthcare Facilities: Preparing for Community Transmission CDC [Internet]. [cited 2020 Mar 5]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/healthcare-facilities/guidance-hcf.html>
 14. Documento técnico Prevención y control de la infección en el manejo de pacientes con COVID-19. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Documento_Control_Infeccion.pdf
 15. Documento de manejo clínico del paciente pediátrico con infección por SARS-COV-2. 07.10.2020. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/7-10- aep-seip-secip-seup_documento_de_manejo_clinico_del_paciente_pediatico.pdf:
 16. European Centre for Disease Prevention and Control. Outbreak of novel coronavirus disease 2019 (COVID-19): increased transmission globally – fifth update, 2 March 2020. ECDC: Stockholm; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/RRA-outbreak-novel-coronavirus-disease-2019-increase-transmission-globally-COVID-19.pdf>
 17. European Centre for Disease Prevention and Control. Interim guidance for environmental cleaning in nonhealthcare facilities exposed to 2019-nCoV. ECDC: Stockholm; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/novel-coronavirus-guidance-environmental-cleaning-non-healthcare-facilities.pdf>
 18. Yuanyuan Dong, Xi Mo, Yabin Hu, Xin Qi, Fang Jiang, Zhongyi Jiang, Shilu Tong. [Epidemiology of COVID-19 Among Children in China. Pediatrics](#) . 2020 Jun;145(6):e20200702. doi: 10.1542/peds.2020-0702
 19. Mamiko Onoda, María José Martínez Chamorro. Grupo de Patología Infecciosa de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Abril de 2020. Pruebas diagnósticas de laboratorio de COVID-19. GPI 2020. Disponible en : https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/pruebas_diagnosticas_de_laboratorio_de_covid_vfinal.pdf
 20. Cui Y, Tian M, Huang D, Wang X, Huang Y, Fan L et al. A 55-Day-Old Female Infant infected with COVID 19: presenting with pneumonia, liver injury, and heart damage. [J Infect Dis](#). 2020 Mar 17. pii: jiaa113. doi:



- 10.1093/infdis/jiaa113
21. Tang A, Tong Zd, Wang Hl, Dai Yx, Li Kf, Liu Jn, et al. Detection of Novel Coronavirus by RT-PCR in Stool Specimen from Asymptomatic Child, China. *Emerg Infect Dis*. 2020 jun <https://doi.org/10.3201/eid2606.200301>
 22. Rothe C, Schunk M, Sothmann P, Bretzel G, Froeschl G, Wallrauch C et al. Transmission of 2019-nCoV Infection from an Asymptomatic Contact in Germany. *N Engl J Med*. 2020 Mar 5;382(10):970-971. doi: 10.1056/NEJMc2001468
 23. Zimmermann, Petra Curtis, Nigel. Coronavirus Infections in Children Including COVID-19. An Overview of the Epidemiology, Clinical Features, Diagnosis, Treatment and Prevention Options in Children. *Pediatr Infect Dis J* 2020;XX:00–00 doi: 10.1097/INF.0000000000002660
 24. Chen ZM, Fu JF, Shu Q, Chen YH, Hua CZ, Li FB et al. Diagnosis and treatment recommendations for pediatric respiratory infection caused by the 2019 novel coronavirus *World Journal of Pediatrics*. *World J Pediatr*. 2020 Feb 5. doi: 10.1007/s12519-020-00345-5
 25. Hu Z, Song C, Xu C, Jin G, Chen Y, Xu X, et al. Clinical characteristics of 24 asymptomatic infections with COVID-19 screened among close contacts in Nanjing, China. *Sci China Life Sci* [Internet]. 2020 Mar 4; Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11427-020-1661-4>.
 26. Información científico-técnica, Enfermedad por coronavirus, COVID-19. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/ITCoronavirus.pdf>
 27. Chang D, Lin M, Wei L, Xie L, Zhu G, Dela Cruz CS, et al. Epidemiologic and Clinical Characteristics of Novel Coronavirus Infections Involving 13 Patients Outside Wuhan, China. *JAMA* [Internet]. 2020 Feb 7; Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/obj/2761043>
 28. Interpretación de las pruebas diagnósticas frente a SARS-CoV-2. SEIMC. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/INTERPRETACION_DE_LAS_PRUEBAS.pdf
 29. Tagarro A, Epalza C, Santos M, et al. Screening and Severity of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Children in Madrid, Spain. *JAMA Pediatr*. Published online April 08, 2020. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.1346
 30. Ludvigsson, JF. Systematic review of COVID-19 in children shows milder cases and a better prognosis than adults. *Acta Paediatr*. 2020; 00: 1– 8. <https://doi.org/10.1111/apa.15270>
 31. Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19. T. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf.
 32. Shira Rabinowicz, Eyal Leshem, Itai M. Pessach. COVID-19 in pediatric population-review and current evidence. *Tropical, travel and emerging infections*. *Current infectious disease reports* (2020).
 33. Ansel Hoang, Kevin Chorath, Axel Moreira et al. COVID-19 in 7780 pediatric patients: A systematic review. *EClinicalMedicine* 24(2020).
 34. IHAN España. Organización asistencial de la lactancia materna en atención primaria (matronas, enfermería que atiende niños y pediatras). Septiembre 2020. Disponible en: <https://www.ihan.es/wp-content/uploads/ORGANIZACIÓN-ASISTENCIAL-DE-LA-LACTANCIA-MATERNA-EN-ATENCIÓN-PRIMARIA.pdf>
 35. Orden SND/422/2020, de 19 de mayo, por la que se regulan las condiciones para el uso obligatorio de mascarilla durante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2020/05/19/snd422>
 36. Documento técnico Toma y transporte de muestra para diagnóstico por PCR de SARS CoV-2. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/20200501_8_Toma_muestras.pdf
 37. Tiago H. de Souza, MD, PhD; José A. Nadal, MD, MSc; Roberto J. N. Nogueira, b, MD, PhD; Ricardo M. Pereira, MD, PhD; Marcelo B. Brandão, MD, PhD. **Clinical** Manifestations of Children with COVID-19: A Systematic Review. *Pediatric Pulmonology* 03 june 2020. doi: 10.1002/ppul.24885 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ppul.24885>.
 38. Uptodate: **Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Clinical manifestations and diagnosis in children.**



- Available from: https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-clinical-manifestations-and-diagnosis-in-children?search=coronavirus%20pedi%C3%A1trico&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5#H255026123. Literature review current through: Oct. 2020. This topic last updated: Oct 20, 2020.
39. Cruz AT, Zeichner SL. COVID-19 in Children: Initial Characterization of the Pediatric Disease. *Pediatrics* Jun 2020, 145 (6) e20200834. Available from: <https://bit.ly/30tNiQS>.
 40. Jenco M. CDC details COVID-19-related inflammatory syndrome in children. *AA News*. [internet] May 14 2020. Available from: <https://www.aapublications.org/news/2020/05/14/covid19inflammatory051420>.
 41. Stokes EK, Zambrano LD, Anderson KN, et al. Coronavirus Disease 2019 Case Surveillance — United States, January 22–May 30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:759–765. DOI: [http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6924e2external icon](http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6924e2external%20icon).
 42. MMWR. Coronavirus Disease 2019 in Children — United States, February 12–April 2, 2020 Vol. 69 No. 14 [internet] Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/pdfs/mm6914e4-H.pdf>.
 43. Lin EE, Blumberg TJ, Adler AC, Fazal FZ, Talwar DT, Ellingsen K, Shah AS. Incidence of COVID-19 in Pediatric Surgical Patients Among 3 US Children’s Hospitals. *JAMA Surgery*. [internet] June4, 2020. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/2766924>.
 44. Ludvigsson, J.F. Children are unlikely to be the main drivers of the COVID-19 pandemic – a systematic review. *Acta Paediatr*. 2020 Accepted Author Manuscript. doi:[10.1111/apa.15371](https://doi.org/10.1111/apa.15371).
 45. Viner RM, Mytton OT, Bonell C, Melendez-Torres GJ, Ward JL, Hudson L, et al. Susceptibility to and transmission of COVID-19 amongst children and adolescents compared with adults: a systematic review and meta-analysis. *medRxiv* 2020.05.20.20108126; doi: <https://doi.org/10.1101/2020.05.20.20108126>.
 46. Cruz AT, Zeichner SL. COVID-19 in Children: Initial Characterization of the Pediatric Disease. *Pediatrics* Jun 2020, 145 (6) e20200834. Available from: <https://bit.ly/30tNiQS>
 47. Zhang L, Peres TG, Silva MVF, Camargos P. What we know so far about Coronavirus Disease 2019 in children: A meta-analysis of 551 laboratory-confirmed cases. *Pediatr Pulmonol*. 2020 Aug;55(8):2115-2127. doi: [10.1002/ppul.24869](https://doi.org/10.1002/ppul.24869). Epub 2020 Jun 10.
 48. Organización Mundial de la Salud. (2020). Síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes con COVID-19: informe científico, 15 de mayo de 2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332191>
 49. Organización Mundial de la Salud. (2020). Detección de antígenos para el diagnóstico de la infección por el SARS-CoV-2 mediante inmunoanálisis rápidos: orientaciones provisionales, 11 de septiembre de 2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336028>
 50. Francisco Javier Candel, Pablo Barreiro, Jesús San Román, et al. Recomendaciones sobre el uso de pruebas antigénicas en el diagnóstico de la infección aguda por SARS-CoV-2 en la segunda onda pandémica: actitud en distintos contextos clínicos. *Revista Española de Quimioterapia*. 19 Octubre 2020. Disponible en: <https://seq.es/wp-content/uploads/2020/10/candelESP19oct2020.pdf>
 51. Asociación Española de Pediatría (AEP). Consenso nacional sobre diagnóstico, estabilización y tratamiento del Síndrome Inflamatorio Multisistémico Pediátrico vinculado a SARS-CoV-2 (SIM- PedS). Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/aep.sim-peds.v1.pdf>,
 52. Feketea GM, Vlachá V. A Decision-Making Algorithm for Children With Suspected Coronavirus Disease 2019. *JAMA Pediatr*. Published online September 21, 2020. doi: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2764394>.
 53. Chee Fu Yung , Kai-Qian Kam, Karen Donceras Nadua, Chia Yin Chong, Natalie Woon Hui Tan, Jiahui Li, Khai Pin Lee, Yoke Hwee Chan, Koh Cheng Thoon, Kee Chong Ng. Novel coronavirus 2019 transmission risk in educational settings. *Clin Infect Dis* 2020 Jun 25;ciaa794. doi: 10.1093/cid/ciaa794. Online ahead of print.



Anexo 1: Listado de patologías de especial riesgo para COVID-19

Se describe el listado de patología con mayor riesgo para COVID-19 en la edad pediátrica, extraído del documento de las [Recomendaciones realizadas desde las distintas Sociedades de especialidades Pediátricas de la Asociación Española de Pediatría](#).

Insistimos en que, a pesar de enumerar un listado de patologías, la importancia estriba en considerar siempre las decisiones de forma individualizada, y siempre dependerá del especialista responsable de cada paciente.

1. PATOLOGÍA RESPIRATORIA CRÓNICA DE MAYOR RIESGO

Agrupar a toda aquella patología respiratoria grave crónica que se encuentre en esta situación de compromiso respiratorio; La displasia broncopulmonar durante los dos años primeros de vida podría ser un ejemplo u otras patologías respiratorias que precisen:

- Una función pulmonar reducida evaluada como cualquiera de los siguientes: FEV1 \leq 40% del teórico, FVC \leq 40% del teórico, DLCO \leq 60%.
- Los pacientes que precisan oxígeno de forma continua o intermitente, todos los días.
- Los pacientes que precisan ventilación mecánica invasiva o no invasiva, durante todo el día o parte del mismo (excluyendo trastorno respiratorio en sueño en niños por lo demás sanos).
- Los pacientes pediátricos traqueotomizados y/o con enfermedades graves de la vía aérea (malacias y estenosis).
- Los pacientes en espera de trasplante de pulmón o trasplantados.

2. CARDIOPATÍAS CRÓNICAS CON MAYOR RIESGO

- Hipertensión pulmonar.
- Cardiopatías cianóticas con saturación de oxígeno inferior al 90%.
- Pacientes recién intervenidos o pendientes de intervención quirúrgica o cateterismo cardiaco (2-4 semanas previas y posteriores al procedimiento).
- Pacientes trasplantados o en espera de trasplante cardíaco.
- Cardiopatías congénitas intervenidas con lesiones residuales y repercusión hemodinámica significativa.
- Enfermedad de Kawasaki con aneurismas gigantes o estenosis coronaria.
- Arritmias mal controladas que requieren tratamiento con varios fármacos.
- Insuficiencia cardíaca con tratamiento médico.

3. ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS GRAVES CON MAYOR RIESGO

- Enfermedades neuromusculares, especialmente aquellas con función pulmonar reducida o que precisan soporte respiratorio.
- Enfermedades para las que se utilizan tratamientos inmunosupresores o biológicos: distrofia muscular de Duchenne, *miastenia gravis*, vasculitis, encefalitis de origen autoinmune, etc...
- Niños con formas graves de parálisis cerebral infantil (tetraparesia espástica).
- Enfermedades mitocondriales, enfermedades metabólicas u otras enfermedades crónicas que pueden agravarse con infecciones.

4. ENFERMEDADES RENALES GRAVES CON MAYOR RIESGO

- Si el niño ha recibido un trasplante de riñón en los últimos 3 meses.
- Si ha recibido altas dosis de corticoides (a partir de 20 mg/día), rituximab, ciclofosfamida...) o inmunosupresión hasta 6 semanas después de recibir altas dosis de inmunosupresores.



- Si el paciente está esperando por un trasplante renal, 14 días de aislamiento previo si es de vivo programado y si es de donante de cadáver, seguir con las recomendaciones hechas por su patología de base.

5. ENFERMEDADES METABÓLICAS CON RIESGO DE DESCOMPENSACIÓN POR COVID-19

Dado que el espectro clínico de los pacientes con enfermedades infantiles metabólicas es muy variable, se recomienda tomar una decisión individualizada conjuntamente con su especialista de referencia en todos los grupos de EIM (errores innatos del metabolismo) con edad menor de 6 años, por el mayor riesgo de descompensación, y en aquellos pacientes con descompensaciones frecuentes o complicaciones asociadas.

6. ENFERMEDADES ONCO-HEMATOLÓGICAS CON MAYOR RIESGO

Existe limitada información respecto a cada patología hematológica específica y la infección por SARS-CoV-2 y, en ausencia de guías estandarizadas, es difícil hacer una recomendación única. Con todo ello, la valoración sobre la asistencia presencial de un paciente corresponderá al hematólogo de referencia, quien debe ponderar los beneficios y riesgos en cada caso, aportar información actualizada y veraz a los pacientes y sus familias, y de esta forma establecer la pertinencia de acudir al centro educativo. Para ello, consúltese la *Guía de Recomendación respecto a la escolarización del paciente pediátrico con patología hematológica no oncológica en situación de pandemia COVID-19* y la *Guía de Recomendación respecto a la escolarización del paciente pediátrico con patología onco-hematológica en situación de pandemia COVID-19*, que aparecen referenciadas en el documento del anexo.

7. INMUNODEFICIENCIAS CON MAYOR RIESGO

- Inmunodeficiencias combinadas de células T y B.
- Linfopenia CD4 <200 x 10⁶/l en el contexto de cualquier IDP.
- Trastornos asociados con hemofagocitosis linfocitaria.
- Trasplante de células madre hematopoyéticas en pacientes con IDP que presenten:
 - Menos de 1 año del trasplante.
 - En tratamiento con inmunosupresores.
 - En tratamiento de reemplazo con inmunoglobulina.
 - Enfermedad pulmonar significativa.
 - Con enfermedad injerto contra huésped crónica.

8. ENFERMEDADES REUMÁTICAS CON MAYOR RIESGO

Aquellos pacientes con una enfermedad reumatológica activa, que precisen tratamiento con corticoides a una dosis superior a 1 mg/kg/día, que hayan recibido ciclofosfamida o anticuerpos monoclonales (rituximab) en los meses precedentes y que precisen terapia con múltiples fármacos y más de dos biológicos.