

ENTRADA

- **Si contacto telefónico:** valorar edad, contexto epidemiológico individual (escolarización) y familiar, síntomas compatibles con COVID, estado general, dificultad respiratoria.
- **En cualquier caso, ante sospecha de COVID, solicitar PDIA¹ (si ≤ 5 días evolución: test de antígeno/PCR; si >5 días evolución: PCR).**
- **Individualizar asistencia y seguimiento en niños o convivientes con factores de riesgo²**
- **Si no precisa valoración presencial:** solicitar PDIA, planificar seguimiento telefónico y medidas de aislamiento hasta resultados

- **Si precisa valoración presencial:** planificar visita, dirigir a la sala habilitada, utilizar equipo de protección
- Mascarilla al niño/a (>3 años) y acompañante, permanecer en sillita, mantener mínimo 2 m de distancia
- Lavado de manos con gel hidroalcohólico: cuidador y niño

Triángulo de evaluación pediátrica

1. Factores de riesgo²:

- Inmunodeprimidos
- Cardiopatías
- Patología respiratoria crónica
- Otros (diabetes tipo 1 mal controlada, enfermedad neuromuscular, encefalopatía moderada o grave...)

2. Valoración clínica:

- Fiebre
- Tos
- Dificultad respiratoria
- Otros síntomas inespecíficos (según criterio clínico): odinofagia, anosmia, ageusia, dolores musculares, diarrea, dolor torácico o cefalea, entre otros.

3. Exploración física:

- Estado general/hidratación
- Sensorio
- Frecuencia respiratoria
- Saturación de oxígeno
- Valorar FC, TA
- ACP
- Resto de EF solo si síntomas (otoscopia, orofaringe)

LEVE. Infección no complicada

- BEG/sensorio normal
- No dificultad respiratoria
- No signos de deshidratación
- No signos de sepsis
- ACP Normal, Sat O₂ >95%

SOLICITAR PDIA

- Aislamiento³ hasta resultado
- Tto. sintomático
- Seguimiento telefónico

PDIA negativa

- Si mejoría/remisión de síntomas: no aislamiento
- Si persiste sospecha: repetir PDIA y aislamiento

PDIA positiva

- Individualizar seguimiento
- Aislamiento

MODERADO. Infección respiratoria vías bajas no grave

- BEG/AEG/sensorio normal
- Tos, dificultad respiratoria moderada
- ACP alterada, Sat O₂ ≥92%
- Taquipnea: <2 meses ≥60 rpm; 2-11 meses ≥50 rpm, 1-5 años ≥40 rpm; >5 años ≥30 rpm; adolescentes ≥20 rpm

NO sugestivo de neumonía

- PDIA
- Aislamiento hasta resultado
- Individualizar tratamiento y seguimiento

Normal

SOSPECHA clínica de neumonía

Rx TÓRAX URGENTE

Alterada o existencia de factores de riesgo: INDIVIDUALIZAR

GRAVE. Infección respiratoria vías bajas grave/SIM-PedS⁵

- MEG/letargia
- Deshidratación
- Tos, dificultad respiratoria grave
- Sat O₂ <92% (90% en RNPT)
- Taquipnea grave: <1 año ≥70 rpm; >1 año ≥50 rpm; adolescentes ≥30 rpm
- Apneas
- Hipotensión arterial, taquicardia o bradicardia
- Fiebre + dolor abdominal + MEG
- Enfermedad de Kawasaki (completa/incompleta)

Estabilización/oxígeno

- Si precisa BD: MDI en cámara espaciadora, NO AEROSOLES
- TRASLADO AL HOSPITAL
- PDIA

Manejo ambulatorio

- PDIA
- Tto. antibiótico domiciliario como NAC (edad/ patrón)
- Seguimiento diario (telefónico/presencial) hasta mejoría⁴
- Aislamiento hasta resultados

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).