



Documento técnico

Manejo pediátrico en atención primaria del COVID-19

Versión del 23 de marzo de 2020



Las recomendaciones incluidas en el presente documento están en continua revisión y serán modificadas si la situación epidemiológica así lo requiriese.



COORDINACIÓN:

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias.

Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación.

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.

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.

Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP). Josep de la Flor Bru.



Contenido

1. Justificación	4
2. Objetivo	5
3. Recomendaciones generales en la población pediátrica en atención primaria	5
4. Identificación de los casos.....	6
4.1. En la zona administrativa	7
4.2. En las consultas de los centros de atención primaria o consultorios rurales	7
4.3. Toma de muestras en atención primaria	8
4.4. Administración de fármacos en el centro	8
4.5. Limpieza en el centro	9
4.6. Si el paciente solicita atención domiciliaria	9
5. Cuadro clínico	10
6. Aislamiento domiciliario.....	10
6.1. Datos a monitorizar en el seguimiento de los pacientes:	11
6.2. Condiciones del aislamiento	13
6.3. Limpieza	13
7. Alta	14
8. Bibliografía	15

CONTROL DE REVISIONES Y MODIFICACIONES

Nº Revisión	Fecha	Descripción de modificaciones
1	23/03/2020	Edición inicial



1. Justificación

El 31 de diciembre de 2019 las Autoridades de la República Popular China, comunicaron a la OMS varios casos de neumonía de etiología desconocida en Wuhan, una ciudad situada en la provincia china de Hubei. Una semana más tarde confirmaron que se trataba de un nuevo coronavirus que ha sido denominado SARS-CoV-2. Al igual que otros de la familia de los coronavirus, este virus causa diversas manifestaciones clínicas englobadas bajo el término COVID-19, que incluyen cuadros respiratorios que varían desde el resfriado común hasta cuadros de neumonía grave con síndrome de distrés respiratorio, shock séptico y fallo multi-orgánico. La mayoría de los casos de COVID-19 notificados hasta el momento debutan con cuadros leves.

Por el momento no existe tratamiento específico, con lo que se realizará tratamiento sintomático en los casos leves y moderados, y medidas de soporte o tratamiento de complicaciones en casos graves. Ante el incremento de casos de COVID-19 en nuestro país todas puertas de entrada al sistema sanitario deben estar preparadas. Los centros de salud y en concreto las consultas de pediatría de atención primaria (AP) pueden ser las puertas de entrada de nuevos casos de COVID-19 (se denominan así todas las posibles manifestaciones respiratorias ocasionadas por la infección por SARS-CoV-2).

Atendiendo, por un lado, a las características de la población infantil, muy demandante de atención médica en esta época del año y siendo la patología respiratoria una de las causas más frecuentes, y por otro a las características de la COVID-19 en pediatría, consideramos de suma importancia la elaboración de este documento.

La población infantil es susceptible de infectarse, aunque según datos recientes, publicados en línea el 24 de febrero de 2020, de 72.314 casos confirmados por el Centro Chino para el control y la prevención de enfermedades, solo el 1% tenían entre 10 y 19 años y el 1% menos de 10 años. Según los datos disponibles hasta la fecha, pacientes pediátricos con COVID-19 tienen mejor pronóstico que los adultos, siendo pocos los casos graves reportados, y en casos leves se recuperan en 1-2 semanas después del inicio de la enfermedad.

La mayoría de los casos confirmados fueron secundarios a su exposición a contactos familiares. Sin embargo, se puede producir el contagio de niños a adultos y a otros niños, como se ha reflejado en una serie de casos pediátricos en China. Por otro lado, se ha visto que la eliminación del virus en las secreciones respiratorias y en las heces es más prolongada en los niños con síntomas leves que en los adultos, hecho que ocasiona un gran desafío para el control de la infección. Algunas publicaciones apuntan hacia una posible transmisión del virus a partir de niños asintomáticos. Estos datos podrían explicar un mayor número de infecciones.

Por lo tanto los niños deben de participar en las acciones preventivas habituales para la contención y expansión de la infección y la protección de los profesionales sanitarios es crucial en la valoración y exploración de los niños con infecciones respiratorias.



2. Objetivo

- El objetivo de este documento es orientar el manejo de la población pediátrica con COVID-19 en la atención sanitaria ambulatoria.

3. Recomendaciones generales en la población pediátrica en atención primaria

- Se recomienda colocar 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 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). En el caso de los niños pequeños serán los padres, familiares o cuidadores que los acompañan los que lleven a cabo, tanto en sí mismos como en los niños a su cargo, tales recomendaciones.
- Los niños, sobre todo los de menor edad, presentan determinadas características que dificultan el control de las infecciones y que pueden facilitar el contagio:
 - No controlan la emisión de secreciones y excretas: babeo, ausencia de control de esfínteres.
 - Incapacidad para adoptar medidas de higiene personal.
 - Dificultad para mantener mascarilla sobre nariz y boca. Los menores de un año no deben usarla.
 - Dificultad para controlar sus desplazamientos y permanecer quieto en un lugar determinado, lo que imposibilita el control de los contactos adecuadamente.
 - Tendencia de los niños a compartir juguetes y objetos e interaccionar 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 de infecciones asintomáticas y con manifestaciones gastrointestinales.
 - La posible transmisión antes de la aparición de síntomas.
- En las salas de espera pediátricas no habrá materiales como juguetes, libros u otros utensilios que los niños 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 que acudan a los centros sanitarios con síntomas de infección respiratoria aguda deben recibir y ponerse una mascarilla quirúrgica, si es posible.
- En menores de un año, que no pueden utilizar mascarilla, deberán mantenerse en los coches, sillas o sistemas de retención de bebés y apartados de los demás pacientes.
- En mayores de un año que no toleren la colocación de una mascarilla se deben mantener alejados, al menos, dos metros del resto de pacientes.
- 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.

- En cualquier caso, todos los acompañantes de los niños con síntomas de sospecha de COVID-19 u otra infección respiratoria deberán utilizar mascarilla.
- Los familiares o acompañantes deberán facilitar y ayudar a los niños a utilizar adecuadamente la solución hidroalcohólica que estará al alcance de la población y del personal. Se debe advertir que no debe ser ingerida ni 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 u otra infección respiratoria (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 epidemiológicos o en los centros rurales una rápida anamnesis tan pronto llegue el paciente.
- Los niños y acompañantes que puedan ser considerados, por clínica y epidemiología, como casos posibles o hayan sido contactos estrechos 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 del COVID-19](#)).
- Planificar e implementar sistemas de comunicación a distancia con pacientes que pueden tener un mayor riesgo de complicaciones relacionadas con COVID-19. Ver tabla 1 y documento de [Recomendaciones en caso de infección respiratoria por SARS-CoV-2 en pacientes pediátricos con enfermedades crónicas de alto riesgo](#). Todo ello para minimizar las consultas presenciales, garantizar el cumplimiento de los medicamentos y regímenes terapéuticos actuales, 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

- En un escenario de transmisión comunitaria sostenida generalizada los casos con infección respiratoria aguda leve son considerados como casos posibles y no será necesaria la realización de la prueba de detección de infección por SARS-CoV-2.
- La definición de caso puede ser modificada por lo que se recomienda siempre revisar la última versión disponible en la [web del Ministerio de Sanidad](#)
- El procedimiento de identificación debe comenzar en el primer contacto con los pacientes que acuden a los CAP donde se debe determinar si el paciente cumple la definición de caso en investigación.
- En función de las características de los diferentes CAP, esto puede ocurrir en la zona administrativa del centro si se trata de un centro de salud, o en la consulta de atención primaria si se trata de un consultorio rural.



4.1. En la zona administrativa

- En general, ante cualquier paciente que acude a un CAP con sintomatología de infección respiratoria se le ofrecerá una mascarilla quirúrgica. En menores de 1 año que no pueden utilizar mascarilla, se mantendrán en los sistemas de retención de bebés o en su defecto en brazos de los cuidadores, que si deberán colocarse la mascarilla. En mayores de un año, si no fuese posible colocarle la mascarilla, deberá estar al lado de sus cuidadores que se preocuparán de que no se relacione con otros pacientes a menos de dos metros.
- Los niños siempre deberán permanecer acompañados de un adulto, padres, familiares o cuidadores responsables del menor y se le ofrecerá solución hidroalcohólica para la higiene de manos, tanto al acompañante como al niño, explicando que no debe ser ingerida ni entrar en contacto con los ojos. El acompañante debe de llevar una mascarilla.
- 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 y solo accederá el personal esencial para la atención y cuidado del paciente.
- El personal que le traslade hasta la zona designada llevará mascarilla quirúrgica.
- 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 de COVID-19.

4.2. En las consultas de los centros de atención primaria o consultorios rurales

- Ante cualquier paciente que acude con sintomatología de infección respiratoria se le ofrecerá una mascarilla quirúrgica a excepción de los niños menores de un año que no la llevarán, pero deberán estar en dispositivos de retención para bebés o en su defecto en brazos de sus cuidadores. Los mayores de un año que no permitan la colocación de mascarilla deberán permanecer al lado de los cuidadores y a dos metros como mínimo de otros pacientes.
- Si se clasifica al paciente como caso posible de COVID-19 se codificará según los criterios de cada CCAA.
- 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.
- En la actualidad, en la población pediátrica, si cumplen criterios de caso posible, también 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 y cuando el entorno sea adecuado, se garantice en todo momento una supervisión por un adulto responsable que se encuentre en condiciones adecuadas y se cumplan unos requisitos mínimos (ver [Manejo domiciliario del COVID-19](#)).



- Se valorará el traslado a un centro hospitalario de los pacientes pediátricos con factores de riesgo (tabla 1), síntomas de infección de vías respiratorias bajas o criterios de gravedad.
- 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. Se recomienda comunicar al centro hospitalario de referencia la derivación.
- Se decidirá envío a domicilio de los niños sin factores de riesgo (Tabla 1), ausencia de síntomas (casos posibles en espera de los resultados que se comunicarán telefónicamente) o síntomas leves de vía respiratoria superior.
- Si el niño no cumple criterios de caso, el profesional de atención primaria realizará la atención de la forma habitual, siempre cumpliendo con las precauciones universales que incluyen medidas como la higiene de manos e higiene respiratoria.

CRITERIOS CLINICOS DE GRAVEDAD para traslado en transporte sanitario

- Dificultad respiratoria con o sin sibilancias asociadas (ver administración de medicación)
 - 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 fonendo, cianosis, Saturación de O_2 <94%.
- Gastrointestinales: Vómitos frecuentes, diarrea con signos o sospecha de deshidratación, rechazo de la alimentación, hipoglucemia...
- Neurológicos: Confusión, letargia...

4.3. Toma de muestras en atención primaria

- Las muestras respiratorias que se aconsejan tomar en el domicilio son el frotis orofaríngeo y/o un frotis nasofaríngeo. Para la realización de los frotis se debe emplear el equipo de protección individual para la prevención de infección por microorganismos transmitidos por gotas y por contacto que incluya bata de protección, mascarilla FFP2, guantes y protección ocular.
- Se realizará la toma de la muestra mediante frotis orofaríngeo con el kit específico para virus. Se sujeta la lengua del paciente con el depresor lingual y se frota con firmeza la pared posterior de la garganta (orofaringe) con el hisopo de algodón seco y estéril (al frotar obtenemos células infectadas con el virus). La muestra ha de conservarse en nevera hasta su recogida por el Servicio de Salud Pública.
- La preparación y envío de la muestra se hará según se recoge en el documento [Procedimiento de actuación frente a enfermedad por SARS-CoV-2 \(COVID-19\)](#).

4.4. Administración de fármacos en el centro

- En estos casos se evitará la administración de aerosoles. En caso de ser necesaria la administración de fármacos inhalados solo se utilizarán cámaras y dispositivos 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 identificados correctamente, en el momento actual se debe evitar en lo posible la administración de aerosoles en cualquier paciente.
- 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 podrá realizarse con alcohol de 70º.

4.6. Si el paciente solicita atención domiciliaria

- Aunque menos frecuente en la atención sanitaria pediátrica, es sin embargo un recurso posible para que determinados pacientes eviten así la masificación de los centros sanitarios. Se pueden encontrar diferentes supuestos:
 - Que la familia de un paciente llame al centro de salud requiriendo asistencia en el domicilio.
 - Que la familia llame para manifestar que puede ser un caso posible.
- El personal sanitario deberá valorar la situación clínica del paciente y decidir si la atención es o no urgente, si procede trasladarse a su domicilio o se pueden dar las recomendaciones telefónicamente.
 - Si el niño no requiere atención urgente el personal sanitario valorará telefónicamente los criterios de COVID-19:
 - Si cumple criterios de caso posible de COVID-19 se atenderá con los recursos disponibles en cada zona potenciando siempre la atención telefónica, siempre y cuando se cumplan los requisitos mínimos para ello: Sintomatología leve, garantía de que se puede hacer un seguimiento clínico estrecho, no presentar enfermedades de base que contribuyan a desarrollar cuadros graves, un entorno familiar adecuado capaz de mantener las medidas de aislamiento recomendadas y que no haya convivientes vulnerables y de riesgo para progresar a cuadros graves de COVID-19 (embarazadas, mayores de 60 años, enfermos crónicos).
 - Si no se trata de situación relacionada con COVID-19, y presenta patología que no puede ser valorada telefónicamente, se le recomendará acudir al centro de salud para la atención pediátrica pertinente. Se le recordarán las normas básicas de higiene respiratoria y de manos, sobre todo si presenta sintomatología respiratoria. Al llegar al centro se actuará según lo recomendado en el epígrafe anterior.
 - En caso de que la familia informe de que el paciente presenta signos o síntomas de gravedad que requieran una atención urgente, se procederá a la asistencia domiciliaria por parte del equipo sanitario correspondiente (puede variar según las



zonas). Se deberá informar que se trata de un caso posible de COVID-19 para que puedan disponer de los equipos de protección individual recomendados durante la evaluación del paciente. Se codificará el episodio según indique cada CCAA.

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 sospecha o infección por SARS-CoV-2. Actualización 13/3/2020 AEP-SEIP-SEUP-SECIP](#) o el documento de [Manejo clínico del COVID-19: atención hospitalaria](#).

6. Aislamiento domiciliario

- En algunas situaciones los pacientes pueden permanecer en su domicilio:
 - Pacientes con criterios de caso posible, probable o confirmado con cuadros que pueden ser manejados de forma ambulatoria.
 - Pacientes clasificados como contactos estrechos con caso confirmado durante los 14 días siguientes (periodo de incubación).
- 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 vía respiratoria inferior.
 - No presentan enfermedad de base: En la tabla 1 se incluyen las situaciones que contraindican asistencia domiciliaria
 - Entorno familiar capaz de suministrar cuidados y mantener aislamiento
 - Valorar situaciones particulares de convivientes vulnerables (embarazadas, ancianos, enfermos crónicos)

Tabla 1. Patologías consideradas de riesgo que contraindican asistencia domiciliaria

Inmunodepresión	trasplante de órgano sólido o progenitores hematopoyéticos, pacientes hemato-oncológicos en tratamiento con quimioterapia, niños que reciban fármacos inmunosupresores, biológicos o modificadores de la enfermedad, pacientes sometidos a diálisis, niños con infección VIH con mal control y disminución de CD4; inversión CD4/CD8).
Cardiopatías	Cardiopatías Congénitas cianóticas y no cianóticas y otras (adquiridas, miocardiopatías, pericarditis, arritmias severas) hemodinámicamente significativas, incluyendo, que requieren tratamiento médico, que asocian hipertensión pulmonar, postoperatorio de cirugía o intervencionismo cardiaca, trasplante cardiaco o en espera de trasplante.
Enfermedades neuromusculares y encefalopatías moderadas o graves.	
Patología respiratoria crónica	Fibrosis quística, displasia broncopulmonar, oxigenoterapia domiciliaria, traqueostomía, ventilación mecánica domiciliaria, excluyendo asma (considerar asma grave).
Enfermedad de células falciforme homocigota o doble heterocigota.	
Diabetes tipo 1 con mal control	



- 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 los cuidadores se les entregará unas hojas de seguimiento diario que tendrán que cubrir 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 podrá establecer un contacto telefónico con la familia. La tabla 2 recoge un ejemplo de preguntas para el seguimiento.
- En base a las respuestas obtenidas se decidirá: programar alta, mantener situación, visita domiciliaria o derivación hospitalaria



Tabla 2. Propuesta de 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">• Nº• consistencia		
Vómitos <ul style="list-style-type: none">• nº		
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	En caso de visita domiciliaria	En caso de visita domiciliaria
FR	En caso de visita domiciliaria	En caso de visita domiciliaria
Sat O2	En caso de visita domiciliaria	En caso de visita domiciliaria
Tos <ul style="list-style-type: none">• en aumento• en disminución• igual		
¿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 domiciliario de casos de COVID-19](#)



6.2. Condiciones del aislamiento

Lugar del aislamiento
<ul style="list-style-type: none">• El niño y su cuidador permanecerán aislados en una habitación lo más alejada del resto de convivientes y con la puerta cerrada. Deberá tener ventilación a la calle, 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 2 metros respecto al resto de convivientes.• Dispondrá de un cubo de basura con tapa automática 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, debe tener un intercomunicador, como el que se utiliza con los bebés. También 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 el cuidador y el niño si su edad lo permite
<ul style="list-style-type: none">• Cubrir 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 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. Limpieza

- 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, debe realizarse con una solución de lejía en proporción 1:100, es decir 1 parte de lejía por 99 de agua o lo que es igual medio vaso (100 ml) de lejía sin detergente en un cubo con 4 litros de agua, (1 parte de lejía doméstica al 5% en 50 partes de agua) según [Manejo domiciliario del COVID-19](#) que debe prepararse a diario. Deberán lavarse con material desechable.
- La persona encargada de la limpieza diaria se tendrá que proteger con mascarilla y guantes de un solo uso y asegurarse que las habitaciones de la casa estén bien ventiladas (5 minutos al día como mínimo).
- Después de 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.
- Las superficies que se tocan con frecuencia deberán lavarse con material desechable y lejía con una concentración del 1%
- **Limpieza de vajillas.** La vajilla, cubiertos y utensilios de cocina, se lavarán con agua caliente y jabón, preferiblemente en lavaplatos 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 60-90°C. Hay que dejar secar la ropa totalmente.
Igual para la ropa de cama, cortinas, etc. deben lavarse con un ciclo de agua caliente (90 ° 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 domiciliario 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.
- En términos generales no se requerirá negativización del virus en muestras tales como orina o heces, para el alta del paciente. Esto debe tenerse en cuenta a la hora de establecer las medidas higiénicas recomendadas al alta



8. Bibliografía

1. 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]; Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32091533>
2. 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. Disponible en: <https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciaa198/57664305>.
3. 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.
4. 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. 2
5. 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]. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2761890>
6. 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]. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2761659>
7. Infection Control: Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) | CDC [Internet]. Disponible en: <https://bit.ly/2wCLPuC>
8. Guía provisional para establecimientos de salud: preparación para la transmisión comunitaria de COVID-19 en los Estados Unidos | CDC [Internet]. [cited 2020 Mar 5]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/healthcare-facilities/guidance-hcf.html>
9. Documento técnico [Prevención y control de la infección en el manejo de pacientes con COVID-19 20.02.2020](#). Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Documento_Control_Infeccion.pdf
10. Documento técnico Documento técnico Manejo domiciliario del COVID-19. Versión del 17 de marzo de 2020. Disponible en https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo_domiciliario_de_COVID-19.pdf
11. Documento técnico [Documento de manejo clínico del paciente pediátrico con sospecha o infección por SARS-CoV-2. Actualización 13/3/2020 AEP-SEIP-SEUP-SECIP](#). Disponible en: https://www.seipweb.es/wp-content/uploads/2020/03/13_marzo_documento_aep-seip-scip-seup-corregido.pdf
12. 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. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/RRA-outbreak-novel-coronavirus-disease-2019-increase-transmission-globally-COVID-19.pdf>
13. European Centre for Disease Prevention and Control. Interim guidance for environmental cleaning in nonhealthcare facilities exposed to 2019-nCoV. ECDC: Stockholm; 2020. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/novel-coronavirus-guidance-environmental-cleaning-non-healthcare-facilities.pdf>
14. Yuanyuan Dong, Xi Mo, Yabin Hu, Xin Qi, Fang Jiang, Zhongyi Jiang, Shilu Tong [Epidemiological characteristics of 2143 pediatric patients with 2019 coronavirus disease in China. Pediatrics. 2020; doi: 10.1542/peds.2020-.](#) (This is a pre-publication version of an article that has undergone peer review and been accepted for publication but is not the final version of record. This article will be copyedited and typeset before it is published in its final form. The journal is providing an early version of this article to expedite access to these findings). Advertencia: Los autores de este documento han localizado al menos un error en la tabla 2, en el porcentaje de menores de 1 año con afectación crítica.



15. [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
16. Tang A, Tong Zd, Wang HI, Dai Yx, Li Kf, Liu Jn, et al. Detección de nuevos coronavirus por RT-PCR en muestras de heces de niños asintomáticos, China. *Emerg Infect Dis*. 2020 jun [fecha citada]. <https://doi.org/10.3201/eid2606.200301>
17. [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
18. Zimmermann, Petra Curtis, Nigel Coronavirus Infections in Children Including COVID-19
19. An Overview of the Epidemiology, Clinical Features, Diagnosis, Treatment and Prevention Options in Children
20. *Pediatr Infect Dis J* 2020;XX:00–00 doi: 10.1097/INF.0000000000002660
21. [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
22. 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; Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s11427-020-1661-4>.
23. [Informe técnico: SARS-CoV y COVID-19 17.03.2020](#) Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/20200317_ITCoronavirus.pdf
24. 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; Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2761043>