



Atención del paciente pediátrico con COVID-19 en consultorio y manejo ambulatorio

Care of pediatric patient with COVID-19 at doctor's office and ambulatory management.

Salvador Ruiz-Pérez,¹ Alma Sánchez-De la Vega,² Edna Dermith²

INTRODUCCIÓN

Si bien por lo general los niños con COVID-19 no tienen complicaciones en 95% de los casos, aproximadamente 5% si las tendrá y 0.6% requerirá cuidados intensivos. Es importante distinguir qué pacientes pueden tener un seguimiento estándar en casa y quiénes requieren vigilancia estrecha para derivarse oportunamente a atención de urgencias.

Proponemos la semaforización de los pacientes que se atienden en el primer nivel de atención (**Cuadro 1**).

Exámenes de laboratorio y gabinete

De acuerdo con el semáforo, en los casos con riesgo leve y moderado con síntomas y sin confirmación debe solicitarse la prueba confirmatoria de ácido nucleico para COVID-19.

En los casos con afección leve y moderada deberá tomarse panel viral respiratorio y continuar con el protocolo si así lo amerita con prueba confirmatoria de ácido nucleico para COVID-19. La biometría hemática puede mostrar leucocitos normales o bajos a expensas de linfopenia. La proteína C reactiva y la velocidad de sedimentación globular están elevadas y la procalcitonina es normal. En casos de mayor severidad se elevan las transaminasas y el dímero D.

Se solicitará una radiografía de tórax buscando infiltrados en la periferia o imagen de vidrio despulido. En casos graves hay consolidaciones y ocasionalmente derrame pleural. Si se requiere, se practicará tomografía que evidenciará más claramente la imagen de vidrio despulido y las consolidaciones bilaterales periféricas, siendo de elección en casos

¹ Servicio de Pediatría, Hospital Regional Ciudad Madero, Tamaulipas, México.

² Servicio de Pediatría, Beneficencia Española, Tampico, Tamaulipas, México.

Correspondencia

Salvador Ruiz Pérez
drsalsalvador2000@hotmail.com

Este artículo debe citarse como

Ruiz-Pérez S, Sánchez-De la Vega A, Dermith E. Atención del paciente pediátrico con COVID-19 en consultorio y manejo ambulatorio. Med Int Méx. 2020;36(Suplemento 2):S82-S85. <https://doi.org/10.24245/mim.v36id.4209>

**Cuadro 1.** Semaforización de riesgo en el consultorio para derivación a atención hospitalaria

L e v e	Caso confirmado asintomático o sospechoso con edad mayor a 3 meses con síntomas de infección de las vías respiratorias altas. Fiebre, odinofagia, rinorrea, astenia, adinamia, cefalea, mialgias, dolor torácico, anosmia. Ausencia de signos de dificultad e insuficiencia respiratoria. Ocasionalmente diarrea y vómito. Deben tener aislamiento y seguimiento en domicilio; comunicarse ante datos de alarma.
M o d e r a d o	Son pacientes que muestran signos leves de enfermedad, pero tienen inmunosupresión, enfermedades hemato-oncológicas, cardíacas, pulmonares, hipertensión arterial sistémica, síndrome metabólico, desnutrición, afección renal, diabetes, entre otras, que confieran vulnerabilidad. Edad menor de tres meses. Recomendamos seguimiento estrecho en domicilio con comunicación telefónica o por internet diariamente durante el curso de la enfermedad y atender los datos de alarma para padres, ante los cuales debe trasladarse a urgencias (Cuadro 2).
S e v e r o	Paciente menor a un mes con fiebre (descartando otras causas). A la exploración hay signos de neumonía (aumento de frecuencia cardíaca, saturación < 92%), datos de dificultad respiratoria e insuficiencia respiratoria (aleteo nasal, tiros intercostales, etc.). Datos de deshidratación o rechazo a la vía oral. Alteración del estado de conciencia: letargia, somnolencia. Acude con estudio radiológico con evidencia de neumonía o tiene datos de alarma en estudios de laboratorio: elevación de transaminasas y dímero D. Ocurre en 5% de los niños ⁷ y requiere envío a urgencias con alta recomendación de ser hospitalizado para tratamiento integral.

graves en los que pueden observarse múltiples lesiones lobares bilaterales.

Todo paciente clasificado en rojo deberá enviarse inmediatamente a urgencias sin perder tiempo en exámenes y notificar para recepción con las medidas pertinentes.

Tratamiento ambulatorio

Se indican medidas de aislamiento en casa, varios pacientes confirmados con COVID-19 pueden confinarse a la misma habitación. Los autores consideramos que el seguimiento médico en casa será mucho más seguro y eficiente si se sigue el semáforo y se proporciona seguimiento telefónico o por medio electrónico diario al color anaranjado. Consideramos también que la educación de los padres resulta indispensable para la identificación oportuna de los casos pediátricos complicados, por lo que preferentemente se darán por escrito a los padres del menor los datos de alarma.

Medicamentos

En el semáforo verde y anaranjado se prescribirá tratamiento sintomático, reposo, hidratación, antipirético con acetaminofén a dosis de 10-15 mg/kg cada 6-8 h. Existen reportes de tratamiento de la diarrea con probióticos con buenos resultados.

Los corticoesteroides no están recomendados de forma general y deberá valorarse su utilidad cuando se identifique broncoespasmo. Su administración será hospitalaria en casos severos de manejo intrahospitalario, evitando el uso de aerosoles.

El lopinavir, ritonavir y cloroquina e inmunoglobulina se reservarán para administración hospitalaria de acuerdo con los protocolos y experiencia de cada centro en el apartado de intensivos pediátricos. Deberán prescribirse antibióticos de manera racional solo en los pacientes con sospecha de infección bacteriana sobreagregada, considerando la causa bacteriana

más frecuente en relación con el grupo de edad al que pertenece el paciente.

Los pacientes que en el consultorio se clasifiquen con semáforo en rojo por sus datos clínicos deben derivarse a urgencias sin retraso y su tratamiento dependerá de la afectación respiratoria y hemodinámica, pudiendo llegar a medidas de soporte respiratorio invasivo en la unidad de cuidados intensivos.

Datos de alarma en el paciente pediátrico con COVID-19 en el hogar

La recomendación más importante por parte del pediatra hacia los padres es identificar qué pacientes una vez confinados en su casa requieren revaloración (Cuadro 2).

Todos los niños con COVID-19 deben seguir las medias de aislamiento por al menos 14 días después de la remisión de los síntomas, esto resulta muy importante porque la eliminación del virus en las secreciones respiratorias y en las heces parece ser más prolongada en los niños con síntomas leves que en los adultos porque generalmente son portadores asintomáticos y, por tanto, podrían ser una importante fuente de contagio a población con mayor riesgo.

De igual manera, los niños que hayan tenido contacto estrecho con un caso confirmado de-

berán mantenerse en casa, recordando que el periodo de incubación es, en promedio, de 5 días, puede variar de 2 a 14 días y en algunos reportes llega hasta 28 días.

BIBLIOGRAFÍA

1. Comunicado del Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica (DGE-DG-DVENT). (México) 24 de marzo 2020.

2. Ludvigsson JF. Systematic review of COVID-19 in children shows milder cases and a better prognosis than adults. *Acta Paediatr* Accepted Author Manuscript 2020. doi:10.1111/apa.15270.

3. Shen K, Yang Y, Wang T, et al. Diagnosis, treatment, and prevention of 2019 novel coronavirus infection in children: experts' consensus statement. *World J Pediatr* 2020. <https://doi.org/10.1007/s12519-020-00343-7>.

4. Chen Z, Fu J, Shu Q, et al. Diagnosis and treatment recommendations for pediatric respiratory infection caused by the 2019 novel coronavirus. *World J Pediatr* 2020. <https://doi.org/10.1007/s12519-020-00345-5>.

5. Li-Na Ji, et al. Clinical features of pediatric patients with COVID-19: a report of two family cluster cases. *World J Pediatr*. <https://doi.org/10.1007/s12519-020-00356-2>.

6. Sun D, Li H, Lu X, et al. Clinical features of severe pediatric patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan: a single center's observational study. *World J Pediatr* 2020. <https://doi.org/10.1007/s12519-020-00354-4>.

7. Li Q, 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.

8. Ares Álvarez J y col. Manejo del paciente pediátrico ante sospecha de infección por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 en atención primaria (COVID-19). Documento conjunto: AEP, AEPap, SEIP, SEPEAP (5 de marzo 2020). Extraído en línea: http://www.seicap.es/manejo-del-paciente-pedi%C3%A1trico-ante-sospecha-de-infecci%C3%B3n-por-coronavirus_82446.pdf.

Cuadro 2. Datos de alarma para padres (deben explicarse claramente y en lenguaje sencillo)

Disnea (sin fiebre ni llanto)	Otros
FR ≥ 60 l/min en < 2 meses	Fiebre que dure más de 3-5 días.
FR > 50 l/min de 2-12 meses	Letargia y alteraciones del estado de conciencia.
> 40 l/min de 1-5 años	Diarrea persistente, vómitos, dificultad para la alimentación o datos de deshidratación.
> 30 l/min de 5 años o más	Niños con mal aspecto general con enfermedades previas o menores de tres meses de edad.
Pedir al padre que cuente las respiraciones durante un minuto	

* En cualquier momento, ante la percepción de mal aspecto o empeoramiento por parte de los padres, éstos pueden comunicarse con personal médico o trasladarse a recibir atención médica.



9. Backer Jantien A, et al. Incubation period of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infections among travelers from Wuhan, China, 20-28 January 2020. *Euro Surveill* 2020;25(5). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.5.2000062>.
10. Linton, et al. Japan, incubation period and other epidemiological characteristics of 2019 novel coronavirus infections with right truncation: a statistical analysis of publicly available case data. *J Clin Med* 17 feb 2020. <https://www.mdpi.com/2077-0383/9/2/538>.
11. Documento del Manejo clínico del paciente pediátrico con infección por coronavirus SARS-CoV-2 Documento conjunto: AEP, AEPap, SEIP, SEPEAP. (21 de Marzo 2020) (SEIP). Cristina Calvo Rey. Milagros García-López Hortelano. José Tomás Ramos. Fernando Baquero. Marisa Navarro. Carlos Rodrigo. Olaf Neth. Victoria Fumadó, David Aguilera, Cristina Eparza, Cinta Moraleda, Luis Escosa, Talía Sainz, Teresa del Rosal, Ma José Mellado. (SEUP). Javier Benito. María de Ceano-Vivas, Mercedes de la Torre, Borja Gómez, Susanna Hernández, Itziar Iturralde, Esther Lera, Sandra Moya, Jorge V. Sotoca; en representación del Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas de la SEUP. (SECIP). Juan Carlos de Carlos Vicente. José Luis Vázquez Martínez. María Slocker Barrio. Amaya Bustinza Arriortua. Iolanda Jordán García. Juan José Menéndez Suso. Javier Pilar Orive. Otros col.: Esmeralda Nuñez, María Isabel Barrio, Antonio Pérez, Javier Pérez- Lescure, Laura Espinosa.
12. WHO Clinical Management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected. Interim guidance 13 marzo 2020.
13. Mount Sinai Health System Treatment Guidelines for SARS-CoV-2 Infection (COVID-19)
14. ARS-CoV-2 Infection in children. March 18, 2020, at NEJM.org