

## **RECOMENDACIONES DE LA COMISION DE ORL PEDIÁTRICA PARA LA FASE DE CONTROL DE LA PANDEMIA POR COVID-19**

**Comisión de Otorrinolaringología Pediátrica  
Comité COVID-19  
Comisión Delegada de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello**

## Introducción

La presentación clínica de la infección por COVID-19 en niños difiere de la de adultos y es menos conocida (1). Su incidencia puede ser muy diferente a la esperada por no realizarse pruebas diagnósticas en niños asintomáticos. Se estima que hasta el 28% de los niños infectados son asintomáticos y que hasta un 51% tiene formas leves e incluso subclínicas (2, 3). En aquellos en los que da clínica, en la mayoría puede ser muy inespecífica (4) y pasarse por alto, si bien se están publicando manifestaciones cutáneas (5) y cuadros inflamatorios similares a la enfermedad de Kawasaki con casos de fallecimiento por afectación miocárdica (6). Por ello, una exhaustiva historia clínica y epidemiológica del paciente pediátrico y su entorno tiene menos valor predictivo que en el adulto y puede llevarnos a clasificar erróneamente el riesgo que presenta.

La mayor parte, recomendaciones y estrategias en la fase de control de la pandemia de COVID 19 (medidas de protección, actividades a realizar, test diagnósticos) están recogidas en el documento **“ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DEL PACIENTE ORL DURANTE LA FASE DE CONTROL DE LA PANDEMIA POR EL COVID-19”**, aunque están centradas en adultos siendo escasas las referencias a la población pediátrica. Por este motivo, la Comisión de Otorrinolaringología Pediátrica ha realizado este documento de recomendaciones específicas, como apoyo al documento base elaborado previamente.

A la hora de realizar estas recomendaciones nos hemos encontrado con limitada evidencia científica, por lo que nos hemos apoyado en las publicaciones existentes, recomendaciones de otras sociedades científicas y en la experiencia primando la protección del paciente y del profesional.

Estas recomendaciones deben ser adaptadas a cada centro, a cada región, a la situación individual de cada servicio y de cada profesional y, principalmente, de cada paciente ya que la incidencia de la enfermedad y sus consecuencias no han sido homogéneas en España.

## Manejo en consultas

A las recomendaciones generales publicadas por la SEORL-CCC (debemos añadir las siguientes consideraciones específicas para la población pediátrica:

- Espaciar las consultas a un tiempo prudencial (20 a 30 minutos) para evitar aglomeraciones de niños y padres en las salas de espera y permitir la limpieza e higienización de la consulta. Si la sala de espera es común a varias especialidades se deberá coordinar las consultas con estos servicios con los que se comparte el espacio.

- A la consulta debe acudir el paciente con **UNO** de sus progenitores o cuidadores.
- Se realizará limpieza e higienización de la consulta tras cada paciente, utilizando material adecuado.
- En los centros en los que las consultas telemáticas vuelvan a ser presenciales recomendamos que la prioridad de citación en función de la posible gravedad de cada caso, por lo que se recomienda establecer, donde no exista, un filtrado de las derivaciones desde primaria, hospitales secundarios o desde las especialidades pediátricas.
- Se recomienda mantener la consulta telemática temporalmente en determinados procesos: seguimientos postoperatorios seleccionados, control de resultados de tratamientos médicos etc.

### Exploraciones en consulta

La exploración otorrinolaringológica es una de las que más exponen a los profesionales a aerosoles a lo que se une la dificultad de exploración inherente en la población pediátrica. Las estratificación del riesgo y las medidas de protección están contenidas en el documento “[ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DEL PACIENTE ORL DURANTE LA FASE DE CONTROL DE LA PANDEMIA POR EL COVID-19](#)”, y son de aplicación en estas consultas, con las siguientes consideraciones:

El cribado clínico debe realizarse refiriéndose a lo síntomas tanto del niño como de los convivientes.

En población pediátrica se recomienda la máxima protección para la realización de exploraciones de cavidad oral, orofaringe y nasal tanto instrumental como no instrumental. Se recomienda la realización de Videoendoscopia (torre con cámara y pantalla) en lugar de usar un ocular con visión directa.

Se mantendrá la mascarilla colocada sobre nariz y boca del niño (asumiendo que no siempre va a ser posible por falta de colaboración) durante el resto de la exploración.

Se debe procurar que el paciente no se quite la mascarilla, sino que sólo se la baje parcialmente, o que se utilice algún sistema que selle la nariz durante la exploración (mascaras de ventilación adaptadas o realizar la fibroscopia a través de un pequeño orificio abierto en la mascarilla).

Limitar las manipulaciones en lo posible.

Evitar el uso del anestésico local en aerosol. Reemplazarlo por alternativas tales como mechas o lentinas empapadas en anestésico.



En lactantes con clínica de laringomalacia y situación clínica estable, si no presenta antecedentes de riesgo de otra patología (intubaciones previas, prematuridad, cirugía cardiotorácica, trauma obstétrico etc.) se recomienda vigilancia clínica. En casos con dudas diagnósticas o una severidad clínica mayor, deberá considerarse realizar exploración completa en quirófano, con PCR previa y con el equipo de protección acorde a los resultados de dicha PCR.

La valoración de insuficiencia velofaríngea puede ser diferida en el tiempo si ya se conoce la causa. Si son de reciente aparición tendrán que ser exploradas para descartar otras causas de etiología que requiera estudio preferente (por afectación de pares bajos etc.).

En los casos de disfonía se valorará cuidadosamente la historia clínica, pudiendo demorar la exploración si esta nos permite descartar otras causas no funcionales (papilomatosis).

Los cuadros de disfagia deberán valorarse individualmente, también dependiendo de la edad, y por tanto de la colaboración, en el contexto de su situación clínica.

Para la realización de otoscopia, se recomienda el uso de videotoscopios, manteniendo, en cualquier caso, la mascarilla del niño durante la exploración. En caso de existir una perforación timpánica o la presencia de tubos de ventilación se recomienda mantener tapada la ventana del aspirador si es necesaria la aspiración del oído ya que la mucosa del oído medio puede contener coronavirus procedente de la rinofaringe (7).

## Manejo en quirófano

Se recomienda que la programación quirúrgica debe hacerse de forma progresiva y siguiendo un orden de prioridad clínica y no temporal. Se recomienda valorar con los padres la situación clínica de los pacientes en espera, puesto que hay indicaciones quirúrgicas que pueden haberse modificado, lo cual podría hacerse de forma telemática.

La planificación y los circuitos (consulta-anestesia-ingreso-alta-revisión) deben consensuarse con los servicios implicados (anestesia / UCI) Al estudio preoperatorio habitual se deberá añadir la realización de PCR en las 24/48 horas previas a la cirugía según el documento de referencia, se realiza IgG e IgM o doble PCR. Se valorará en cada caso la necesidad de hacer las pruebas al único adulto que acompañará al niño durante el ingreso, sobretodo en aquellos centros donde las habitaciones sean compartidas. En todo caso el acompañante deberá llevar mascarilla durante toda la estancia hospitalaria.

## Recomendaciones de priorización quirúrgica (8, 9)

### Cirugía urgente non demorable- emergencia

Se debe hacer de forma inmediata y no diferir más de 48 horas:

- **Drenaje de absceso periamigdalino**
- **Hemorragia post amigdalectomía**
- **Obstrucción aguda de vía aérea**
- **Cuerpo extraño en vía aérea o esofágico.** Especialmente pilas de botón.
- **Complicación intracraneal de otitis media o mastoiditis coalescente**
- **Traumatismo facial complejo**

### Cirugía urgente

Se debe hacer de forma inmediata, pero se puede diferir, según cada caso más de 48 horas:

- **Patología tumoral / sospecha de malignidad**
- **Patología vía aérea (Cirugía laringotraqueal):** No diferible por evolución o por clínica.

- **Traqueotomías.** Si la indicación es por intubación prolongada en paciente COVID, se recomienda demorar la técnica a la negativización de la PCR, ya que, en neonatos y niños pequeños, al revés que, en adultos existe un menor riesgo de estenosis, valorando cada caso junto a intensivistas pediátricos/neonatólogos y anestesistas.

Se recomienda seguir las indicaciones de traqueotomía publicadas por la SEORL-CCC, teniendo en cuenta las particularidades de la traqueotomía pediátrica con respecto a la de adultos:

- No suturar las cánulas a la piel, usar cintas adecuadas y acolchadas.
  - Siempre dar puntos de maduración para facilitar la tunelización y facilitar los cambios en caso de decanulación accidental (bien sea con colgajo de Bjork o puntos en “estrella” si se abre la tráquea verticalmente).
  - Exéresis de tejido adiposo subcutáneo en caso de ser abundante para aproximar la apertura traqueal a la piel.
  - Uso de suturas reabsorbibles.
- **SAOS severo** – (SAOS moderado en niños con comorbilidad asociada) que pueda tener consecuencias clínicas evidentes (niños con cardiopatías, patología pulmonar o neurológica etc.). Con respecto a la técnica quirúrgica recomendamos realizar aquella que suponga un menor riesgo de hemorragia postoperatoria, la experiencia de cada cirujano y la disponibilidad de diferentes herramientas. En general, la recomendación es de usar las técnicas de amigdalectomía intracapsular por haber demostrado tener menor riesgo de hemorragia. Se debe tener en cuenta la disponibilidad de medios para el control postoperatorio ya que cuanto más severo es el SAOS más probable es la necesidad de monitorización postquirúrgica (5).
  - **Implantes cocleares** en niños cuya etiología será meningitis.
  - **Atresia bilateral de coanas.** Es una cirugía no demorable por la incapacidad de los neonatos de respirar oralmente. El riesgo de transmisión vertical es muy bajo(10) y requieren intubación inmediata e ingreso en unidad de cuidados intensivos, por lo que es muy infrecuente la infección neonatal por coronavirus. Aún así y para minimizar el riesgo, se recomienda evitar el uso de fresas para la exéresis del vómer al hacer la septectomía posterior. La **atresia unilateral** de coanas es diferible en el tiempo y, salvo clínica severa, se debe posponer.

- **Fracturas faciales**
- **Descompresión de nervio facial**
- **CENS** para el control de epistaxis refractaria a otras medidas y para el tratamiento de complicaciones de sinusitis agudas.

### **Cirugía semi-electiva**

Se debe llevar a cabo en un plazo de entre 3 y 6 meses para evitar secuelas:

- **Tubos de ventilación para otitis media serosa.**
- **Implante coclear en hipoacusia neurosensorial profunda en niños.**
- **Cirugía de colesteatoma.**

### **Cirugía Electiva**

Se puede retrasar indefinidamente sin riesgo significativo de que se produzcan consecuencias perjudiciales o se puede tratar de forma médica. Se deberá realizar seguimiento médico hasta resolución o intervención.

- **Laringoscopias y Bronoscopias seriadas de control.**
- **Adenoamigdalectomía por SAOS moderado (salvo comorbilidades), ronquido simple o amigdalitis de repetición.**
- **FESS por rinosinusitis crónica.**
- **Turbinoplastia con o sin septoplastia por insuficiencia respiratoria nasal.**
- **Cirugía endoscópica de base de cráneo por patología benigna.**
- **Cirugía de quistes branquiales o tiroglosos.**
- **Timpanoplastia por perforaciones secas sin hipoacusia asociada.**

## Otras recomendaciones intraoperatorias

Buena parte de la cirugía en ORL pediátrica se realiza de forma transoral, tanto programada como urgente. Si añadimos factores como la baja sensibilidad de las PCR, la necesidad de cirugía urgente en algunos casos que no permita la realización de dichas pruebas, la alta concentración de virus en el tejido linfoide del anillo de Waldeyer y la posible aerosolización en estos procedimientos (bipolar/monopolar/plasma/microdebridador) podemos intentar reducir el riesgo de transmisión con las siguientes medidas:

### ***Lavado nasofaríngeo y orofaríngeo con Povidona yodada.***

Se recomienda utilizar lavados con Povidona yodada para disminuir la carga viral de coronavirus en mucosa<sup>(11)</sup> en casos urgentes sin posibilidad de realizar PCR o en casos positivos. No se recomienda el uso de soluciones yodadas en menores de dos años y medio por posible interacción con la función tiroidea.

Habría dos opciones de cómo y cuándo realizarlo:

Niños mayores, adolescentes y buenos colaboradores: gargarismos y lavados nasales primero con la Povidona y luego con suero para lavar.

Niños pequeños, malos colaboradores o aquellos en la que la situación clínica no lo permita: realizar el lavado con el paciente ya dormido, colocando un taponamiento para evitar deglución o aspiración, se realiza lavado nasal y faríngeo y luego lavado con suero.

La concentración a usar es al 0,5%. Se deberá comprobar cuál es la concentración de la solución disponible y realizar la dilución acorde.

### ***Aspiración continua de aerosoles:***

Mediante la introducción de una sonda de aspiración nasofaríngea conectada a un aspirador conseguimos succión continua de los aerosoles formados durante las cirugías ORL. Una vez realizado el lavado descrito anteriormente se puede dejar una sonda de aspiración de punta roma por una fosa nasal y progresarla hasta la nasofaringe hasta donde no moleste para el procedimiento, si por vía nasal estorba, se puede colocar de forma transoral. La sonda se conecta al aspirador y se mantiene durante todo el procedimiento (8).



## BIBLIOGRAFÍA

1. Ludvigsson JF. Systematic review of COVID-19 in children shows milder cases and a better prognosis than adults. *Acta Paediatr.* 2020;109(6):1088-95.
2. Qiu H, Wu J, Hong L, Luo Y, Song Q, Chen D. Clinical and epidemiological features of 36 children with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Zhejiang, China: an observational cohort study. *Lancet Infect Dis.* 2020.
3. Dong Y, Mo X, Hu Y, Qi X, Jiang F, Jiang Z, et al. Epidemiology of COVID-19 Among Children in China. *Pediatrics.* 2020.
4. Castagnoli R, Votto M, Licari A, Brambilla I, Bruno R, Perlini S, et al. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Infection in Children and Adolescents: A Systematic Review. *JAMA Pediatr.* 2020.
5. Recalcati S, Barbagallo T, Frasin LA, Prestinari F, Cogliardi A, Provero MC, et al. Acral cutaneous lesions in the Time of COVID-19. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020.
6. Jones VG, Mills M, Suarez D, Hogan CA, Yeh D, Bradley Segal J, et al. COVID-19 and Kawasaki Disease: Novel Virus and Novel Case. *Hosp Pediatr.* 2020.
7. Couloigner V, Schmerber S, Nicollas R, Coste A, Barry B, Makeieff M, et al. COVID-19 and ENT Surgery. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2020.
8. Leboulanger N, Sagardoy T, Akkari M, Ayari-Khalfallah S, Celerier C, Fayoux P, et al. COVID-19 and ENT Pediatric otolaryngology during the COVID-19 pandemic. Guidelines of the French Association of Pediatric Otorhinolaryngology (AFOP) and French Society of Otorhinolaryngology (SFORL). *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2020.
9. Bann DV, Patel VA, Saadi R, Goyal N, Gniady JP, McGinn JD, et al. Best Practice Recommendations for Pediatric Otolaryngology during the COVID-19 Pandemic. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2020:194599820921393.
10. Chen H, Guo J, Wang C, Luo F, Yu X, Zhang W, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet.* 2020;395(10226):809-15.
11. Parhar HS, Tasche K, Brody RM, Weinstein GS, O'Malley BW, Shanti RM, et al. Topical preparations to reduce SARS-CoV-2 aerosolization in head and neck mucosal surgery. *Head Neck.* 2020.