



PROPUESTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA-AEP DE REAPERTURA DE CENTROS DE EDUCACIÓN INFANTIL.

Medidas específicas a considerar en el grupo de edad infantil (<6 años) en relación con la vuelta al cole.

12 junio 2020

*Este documento complementa al anteriormente producido por la AEP con título “PROPUESTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA- AEP EN RELACIÓN A LA APERTURA GRADUAL DE LAS AREAS DE EDUCACIÓN INFANTO JUVENIL”, con fecha 13 mayo 2020, y disponible en: <https://www.aeped.es/noticias/propuesta-aep-en-relacion-apertura-gradual-las-areas-educacion-infanto-juvenil>

Desde la publicación por parte de la AEP de una serie de recomendaciones “en relación con la apertura gradual de las áreas de educación infanto-juvenil”, ha quedado clara la necesidad de complementar estas recomendaciones con alguna consideración más específica sobre el grupo de edad “infantil” (menores de 6 años). La importancia de producir recomendaciones específicas para este grupo viene dada por:

1. Aunque la contagiosidad de los niños parece baja (punto 4), los más pequeños constituyen un grupo con dificultades para asegurar el seguimiento de las recomendaciones definidas como esenciales en otros grupos de mayor edad: mascarillas, distanciamiento físico, etc.
2. Las particularidades inherentes a la “educación infantil” y la necesidad de una preparación específica de esta -y diferente a la de otras escuelas para niños mayores- en aras de disminuir el riesgo de transmisión.
3. Las mayores necesidades de contacto cercano entre adultos y niños en este grupo específico.
4. La evidencia científica generada en relación a la capacidad de infectarse- aunque en menor grado que grupos de edad mayores- de los niños 0-6 años de edad, y la ausencia de evidencia sólida en relación a su potencial capacidad de transmitir la infección a otras personas.
5. La reivindicación del carácter educativo y valor pedagógico de la etapa de Educación Infantil; más allá de un lugar de cuidado del niño mientras los padres trabajan.
6. La necesidad de recibir estímulos adecuados para el desarrollo psico-afectivo, cognitivo, motor, y para iniciar su socialización.
7. La Escuela Infantil ofrece la oportunidad de detectar y ayudar a compensar posibles carencias de las familias en la estimulación de estos aspectos del desarrollo; así como los posibles efectos derivados de la pandemia por coronavirus y de las medidas adoptadas para su control; como la distancia recomendada de otras personas, la falta de aprendizaje de la expresión facial por el uso de mascarillas, o el posible miedo a la enfermedad o a las demás personas.
8. La educación infantil en el grupo de edad de 0 a 6 años constituye una oportunidad para abordar, de una forma integral junto con otros sectores, los efectos adversos de la pobreza infantil y para hacer una escuela más inclusiva.

Desde la AEP consideramos que las propuestas generales emitidas anteriormente se mantienen válidas, aunque algunas de ellas; como por ejemplo el uso de mascarillas, o la distancia física; sean de difícil cumplimiento o estén contraindicadas (mascarillas contraindicadas en menores de dos años y no obligatorias en menores de 6 años). Asimismo, y dadas las dificultades que este grupo de edad plantea, seguimos recomendado que el grupo de menores de dos años realice una incorporación escalonada dentro de los grupos de edad, y que se procure organizarlos desde “los grupos de mayor a menor edad”.

Asimismo, proponemos lo siguiente:

1. Plantear ampliar el tiempo de baja maternal o paternal hasta los 12 meses, como existe ya en otros países de nuestro entorno, y evitar así la escolarización forzada de los hijos por motivos laborales de los padres.
2. Cumplir con la legislación vigente en cada CC.AA. en cuanto a la pandemia COVID y posibilidad de apertura de escuelas infantiles con la suficiente seguridad para todos (detección de contagios en tiempo real, camas de UVI disponibles, protocolos vigentes interdisciplinarios y de la propia escuela, etc.)
3. Flexibilizar los horarios de entrada y de salida. De forma que se permita una mejor distancia física entre alumnos y se eviten aglomeraciones en la puerta de la escuela.
4. La medición proactiva de la temperatura antes de entrar en la escuela puede resultar discriminatoria y atentar contra la confidencialidad; por ello se propone un compromiso o acuerdo firmado por los padres de que vigilarán al niño y no irá a la escuela si tiene $> 37,5^{\circ}\text{C}$, fiebre, tos, diarrea u otras manifestaciones que sugieran enfermedad o que han estado en contacto con algún familiar enfermo o personas posiblemente infectadas y que serán atendidos por el pediatra quien valorará el aislamiento. Es importante tener en cuenta que este grupo de edad es el que presenta una mayor frecuencia de procesos febriles, y una menor capacidad de comunicar sintomatología.
5. Para el personal que trabaja en la escuela debe seguirse el mismo protocolo de vigilancia de temperatura, síntomas y aislamiento si ha contacto con personas sospechosas de enfermedad. No se recomienda realizar PCR a los docentes a no ser que tengan sintomatología. Debería habilitarse una zona de “aislamiento” por si la aparición de la fiebre ocurre una vez los niños o los profesores ya están en la escuela.
6. Extremar las medidas de higiene (lavado de manos, higiene de objetos usados, etc.) asegurando:
 - a. Lavado de manos cada 2h y además en relación a comidas o visita al baño.
 - b. Uso individual de materiales; si se comparte que sea de fácil limpieza y esta se haga de forma frecuente y al terminar la jornada. Cuando se vayan a compartir materiales lavar las manos antes y después.
 - c. Lavado de utensilios usados.

- d. No llevar cosas desde casa; a no ser imprescindibles, incluidos juguetes.
- e. Cada alumno y alumna llevará al centro, en una bolsa individual, su propio material (chupete, plato, vaso, babero, ropa de recambio y calzado de uso exclusivo para la actividad en la escuela). Esta bolsa, deberá llevarse todos los días a casa y ser devuelta debidamente limpia.
7. Extremar de la misma manera las medidas de higiene entre los cuidadores/profesores y vigilancia de síntomas de enfermedad.
8. Maximizar el tiempo en el exterior/al aire libre. La transmisión del virus es claramente más frecuente en ambientes interiores o cerrados, y relativamente infrecuente en el exterior¹. Dado que en este grupo de edad será más difícil asegurar cumplir con las normas de distancia física, y teniendo en cuenta que los niños de esta edad no llevarán mascarillas, se recomienda explorar la posibilidad, en aquellos centros que dispongan de espacios al aire libre, de trasladar una parte o la totalidad de actividades docentes al exterior.
9. Reaprovechar espacios comunes y reacondicionarlos como posibles aulas.
10. Asegurar el uso de mascarillas y otras medidas de prevención entre el personal educativo.
11. Recomendar la actualización del calendario vacunal antes de la reincorporación a las aulas.
12. Las visitas de padres, familiares y otras personas a las instalaciones de los centros deben restringirse en lo posible.
13. Disminuir la *ratio* de alumnos por profesor en todos los tramos de edad para asegurar la creación de grupos manejables por un único docente, siendo para esto fundamental aumentar el número de docentes/cuidadores disponibles. En ese sentido, será necesario explorar apoyos económicos tanto a las escuelas como a los padres si estas medidas implican la necesidad de contratar más personal o aumentar las tasas escolares. También se puede contar con los recursos de la propia comunidad educativa y con los programas de voluntariado; asegurando que este está perfectamente instruido para el cuidado de los niños en tiempos de epidemia y debe seguirse el mismo protocolo de vigilancia de temperatura, síntomas y aislamiento si ha contacto con personas sospechosas de enfermedad, como el resto de docentes.
14. Para la entrada y salida de la escuela, en las aulas, y sobre todo para las pausas de recreo y de comidas, puede ser razonable plantear grupos fijos de compañeros, de un número reducido de niños, "**burbujas socializantes**", con un mismo profesor, minimizando el contacto entre los diferentes grupos. Estos grupos facilitarían también el aislamiento posterior y trazabilidad de la infección en caso de aparición de algún caso. La burbuja debe ser lo suficientemente pequeña para tener unas normas de comportamiento y para que se diferencie de la clase (aula) normal. Esta medida posiblemente sea más efectiva cuanto más se complementa con medidas de higiene; lavado de manos o hidrogel a la entrada y salida del grupo, para facilitar la adaptación del centro.



15. En cuanto a la comida; los grupos podrían cada uno comer en su clase. Los comedores, si se utilizan, deberían ser muy rigurosos en cuanto a la higiene, no compartir utensilios y distancia (puesto que no se puede usar mascarilla comiendo). Esto es fundamental entre los más pequeños. La alimentación debe ser sana, adecuada a la edad y de alto valor biológico. Si se optase por no usar el comedor, puede servir de espacio adicional para clases. En los centros en los que sea jornada continua se podría recomendar que, en la medida de lo posible, coman en sus domicilios, al igual que en guarderías.
16. Cualquier miembro del equipo escolar que tuviera criterios de riesgo sanitario (edad mayor de 60, enfermedad crónica, embarazo, etc.) en caso de duda podrá ser valorado en la unidad de riesgos laborales antes de su incorporación. Según establece el procedimiento de riesgos laborales, los trabajadores vulnerables para COVID-19.
17. Se deberán articular protocolos para trabajar conjuntamente con los equipos de Pediatría de Atención Primaria y con los Servicios Sociales Comunitarios de referencia, para atender de forma integral a los niños con necesidades especiales y apoyar a sus familias. También habría que tener implantados canales de evaluación del funcionamiento adecuado del centro (Evaluación de proceso).
18. Facilitar espacios y monitores especializados o voluntarios de la comunidad para el aprendizaje y realización de tareas *on line*, aliviando la consiguiente carga para las familias.
19. Sería deseable contar con el consenso y con la participación de la comunidad escolar para abrir las escuelas y para la aplicación de las medidas propuestas.

Grupo de Trabajo de la AEP para la reapertura de centros de educación infantil:

Quique Bassat: Pediatra Infectólogo-experto en Epidemiología

Concha Bonet: Pediatra AP- experta en Alertas Sanitarias

Juan Gil Arrones: Pediatra AP-experto en Pediatría Social

Maria José Mellado: Pediatra Infectólogo hospitalaria-Presidente de la AEP.

Asesoría:

Juan Ruiz-Canela Pediatra AP-Vicepresidente de A. Primaria de la AEP

César García Vera: Pediatra AP-Red investigación INVEST-AEP.

Referencias bibliográficas

1. Hua Qian, Te Miao, Li LIU, Xiaohong Zheng, Danting Luo, Li Y. Indoor transmission of SARS-CoV-2. MedRxiv (preprint) 2020. Available at: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.04.20053058v1> (Accessed 1st June 2020).
- 2- Jacqui Wise: Delaying school reopening by two weeks would halve risks to children, says iSAGE. BMJ 2020;369:m2079 doi: 10.1136/bmj.m2079 (Published 22 May 2020)



3- Petra Zimmermann, Nigel Curtis. Coronavirus Infections in Children Including COVID-An Overview of the Epidemiology, Clinical Features, Diagnosis, Treatment and Prevention Options in Children *Pediatr Infect Dis J* 2020;39: 355–368.

4-Key Messages and Actions for COVID-19 Prevention and Control in Schools

March 2020: UNICEF. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/key-messages-and-actions-for-covid-19-prevention-and-control-in-schools-march-2020.pdf?sfvrsn=baf81d52_4

5-CDC: Childcare, Schools, and Youth Programs Plan, Prepare, and Respond
Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/schools-childcare/index.html>