



RECOMENDACIÓN SOCHIPE PARA ATENCION PANDEMIA COVID 19 EN URGENCIA PEDIATRICA

Definición de Caso sospechoso

1. Paciente con enfermedad respiratoria aguda que presente fiebre (frecuentemente es de cuantía leve o moderada) o al menos un síntoma de enfermedad respiratoria (más frecuente tos seca) con historia de viaje o residencia en un país, área o territorio con Covid-19 durante los 14 días previo al inicio de los síntomas.
2. Paciente con cualquier enfermedad respiratoria aguda con contacto con caso confirmado o probable de Covid-19 en los 14 días previos al inicio de síntomas.
3. Paciente con infección respiratoria aguda que sea residente o se encuentre de paso en una región con circulación comunitaria de SARS-CoV-2, y que presenta fiebre (37,8°C) y al menos uno de los siguientes síntomas: odinofagia, tos, mialgias o disnea.
4. Paciente con infección respiratoria aguda grave (que presente fiebre, tos y dificultad respiratoria), que requiere hospitalización.

Caso probable: Caso que en el análisis de laboratorio por PCR para COVID-19 resulta no concluyente.

Caso confirmado: Caso sospechoso que en la prueba específica para COVID-19 resulta positivo.

Flujo de pacientes en urgencias:

Para evitar contagio entre pacientes y personal de salud, se recomienda lo siguiente:

1. Idealmente tener un pre-triage o al menos un funcionario en la entrada de la urgencia que pregunte por presencia de fiebre y síntomas respiratorios, para así dividir flujo de pacientes en dos:
 - a. Pacientes con síntomas respiratorios.
 - b. Resto de los pacientes
2. Establecer idealmente 2 zonas de triage: uno respiratorio y otro para resto de causas de consultas. Enfermera o TENS a cargo de triage trasladará a zona correspondiente para su atención o a sala de espera
3. Espacios físicos y equipos sanitarios distintos para ambos grupos.
4. Se recomienda 1 acompañante por niño
5. Personal de pre-triage y triage protegidos con mascarilla quirúrgica y guantes no estériles. Todo el personal de urgencia debe usar mascarilla quirúrgica en todo momento mientras este en urgencias, cada 4-6 horas debe cambiarse esta mascarilla o antes si se humedece.

Enfermera o TENS de TRIAGE detecta caso sospechoso



Instala mascarilla quirúrgica al niño y a su acompañante, lo pasa a una sala aislada de atención médica; si esto no es posible, dejar en la sala interior de espera idealmente a 1 metro de otro paciente.

Técnico paramédico

Previo a examen de médico, toma signos vitales del paciente: con precaución de contacto y gotitas

- Frecuencia respiratoria
- Saturación de Oxígeno c/ oxímetro de pulso
- Frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria
- Presión arterial

Médico de urgencia

Ingresa a evaluar paciente con precauciones de gotitas y contacto (delantal desechable, guantes no estériles, mascarilla quirúrgica y gafas/antiparras) en sala aislada idealmente.

Box de atención

Debe tener idealmente:

- Estetoscopio y otoscopio (que se limpia con alcohol Isopropilico 70% al retirarse paciente)
- Bajalenguas/conos para otoscopio desechables.
- Médico evalúa a paciente y determina si cumple criterio de caso sospechoso, si es así, indica toma de examen.
- Luego de atención del paciente, el box requiere aseo terminal.

Presentación clínica

- Puede presentarse como una IRA alta leve, una infección respiratoria baja leve o grave, un cuadro de SDRA con hipoxemia severa o un cuadro de shock y/o sepsis.
- Hasta el momento, la mayoría de los casos descritos en pediatría son leves, pero serán una fuente de contagio para mayores que eventualmente pueden tener cuadros graves.

Toma de Examen:

1. Con precauciones de contacto y gotita: con mascarilla N-95, gafas, delantal desechable y guantes.
2. Toma de muestra de hisopado faríngeo para enviar a ISP con formulario ad/hoc con doble caja de protección.
3. En ciertos centros privados se cuenta con examen de PCR para Covid-19 que están certificados por ISP. En ese caso, se puede tomar una muestra y no enviar a ISP (ventaja: resultado más rápido).

Si el paciente tiene una infección respiratoria leve y está estable, debe volver a su casa. Todos los casos positivos, recibirán aviso. No deben consultar nuevamente si



siguen estables ni acudir a control médico, a menos que su condición cambie. Si hay dificultad respiratoria consultar en urgencias.

Indicaciones en casa:

1. Aislamiento en pieza individual con baño exclusivo. Si no es posible pieza individual, mantener distanciamiento sobre 1 metro; si el baño no es exclusivo, debe realizarse limpieza con cloro o amonio cuaternario posterior a uso del paciente.
El aislamiento debe ser por:
 - a. Mínimo 14 días.
 - b. En caso de síntomas persistentes a los 14 días, mantener aislamiento por 7 días más desde que los síntomas desaparezcan.
2. Todo aquel que esté en contacto directo con paciente:
 - a. Debe utilizar mascarilla quirúrgica.
 - b. Lavado de manos antes y después del cuidado del niño.
 - c. Toalla exclusiva niño.
 - d. Secado de manos con toalla de papel.
 - e. Todos los desechos del niño, se toman con guantes. Se dejan en bolsa de basura en pieza del niño y luego se bota en basura común.
 - f. Ropas se acumulan en bolsa y luego se lavan.
 - g. Platos y cubiertos exclusivos para pacientes.
 - h. Aseo de pieza diario con cloro o productos con amonio cuaternario.
3. Si hay fiebre se aconseja uso de Paracetamol (algunas series con uso de ibuprofeno reportan peor evolución. (Recomendación de expertos)
4. Si hay obstrucción bronquial uso de inhalador dosis medida (IDM) con Aero cámara Individual.
5. Si el paciente deteriora su condición acudir a urgencias (dificultad respiratoria, deshidratación compromiso de conciencia, cianosis)
6. Durante el tiempo de aislamiento, no puede tener visitas.

Paciente con mayor compromiso respiratorio y/o cardiovascular:

1. Frecuencia respiratoria:
 - a) Menor 2 meses con $Fr > a 60x'$
 - b) 2 meses a 11 meses $Fr > o igual a 50x'$
 - c) 1 año a 5 años $Fr > o igual a 40x'$
2. Saturación de Oxígeno $< o igual a 93%$ (ambiental)
3. Compromiso de conciencia
4. Cianosis
5. Quejido, aleteo nasal, retracciones
6. Signos de shock (taquicardia, mala perfusión o hipotensión).

Estos pacientes deberán tratarse agresivamente para ser compensados y hospitalizarse en sala con aislamiento y presión negativa.



El paciente grave en su estadía en urgencia requiere:

1. Monitoreo continuo o periódico.
2. Oxígeno para mantener saturación > o igual a 93%.
 - a. Evitar oxigenoterapia de alto flujo por riesgo de generación de aerosoles.
3. Fluidos según necesidad: evitar sobrehidratación.
4. Broncodilatores por IDMs si hay obstrucción bronquial.
 - a. Se recomienda evitar cualquier medida que genere aerosoles e incremente la difusión del virus por lo que no hay que usar nebulizaciones.
5. En caso de obstrucción de vía aérea alta con estridor importante, se recomienda uso de adrenalina intramuscular en dosis de anafilaxia de 0.01mg/kg (dosis máxima 0.3mg en lactantes a pre-adolescente y 0.5mg en adolescentes). Considerar que esta no es una manifestación frecuente de COVID-19, pero puede caer en definición de caso sospechoso.
6. Corticoides: En pacientes graves, los corticoides no tienen efectos beneficiosos e incluso pueden retrasar mejoría. Podrían ser considerados en un deterioro de las imágenes de la Rx de tórax y aparición de SDRA, también en caso de aparición de encefalopatía, síndrome hemagó-fagocítico, pacientes en shock y en aquellos niños con un cuadro obstructivo bronquial con sibilancias.
7. Antibióticos: No recomendado salvo en caso de sospecha de sobreinfección bacteriana.
8. Respecto al uso de Azitromicina e hidroxiquina: Si bien existen protocolos para su uso en pacientes graves, hasta el momento no hay evidencia sólida para su uso de manera rutinaria.
9. Antivirales: hasta ahora no se ha comprobado eficacia de antivirales en niños, no está recomendado su uso en urgencias.
10. Radiología: Si paciente requiere imagen, idealmente se debiera tomar con equipo portátil para evitar traslados. Si no es posible y debe ir a Rayos, realizar traslado con paciente con mascarilla quirúrgica, y el equipo de apoyo con protección: pechera, guantes y mascarilla.
11. Intubación: en general no es recomendable realizar el proceso en el servicio de urgencia por los riesgos de generación de aerosoles, por lo que debe mantenerse una vigilancia activa del paciente con dificultad respiratoria para enviarlo precozmente a una Unidad de Cuidados Intensivos. Si es necesario realizarlo en sala cerrada con todos los involucrados con el máximo de protección: mascarilla N-95, gafas y protección de contacto con guantes y delantal desechable.
12. Apoyo ventilatorio: En caso de mayor deterioro del paciente con insuficiencia respiratoria o shock, el paciente requerirá ventilación asistida. Ante esto, debe preferirse ventilación mecánica y no VMNI por los riesgos de contaminación ambiental con el virus, idealmente no bolsear con bolsa-mascarilla y menos aconsejable aún con bolsa autoinflable. Si no es posible evitarlo, usar filtro de alta eficiencia.
13. Lugar de hospitalización:
 - a. Sala: pacientes con requerimientos menores de 3lt/min por bigotera.
 - b. Intermedio:
 - i. Requerimiento FiO₂ <35%



- ii. RN sospechoso
- iii. Paciente con apoyo ventilatorio crónico (CPAP, BiPAP) traqueostomizado.
- iv. Paciente con patología de base con riesgo de enfermedad grave.
- c. Unidad de cuidados intensivos:
 - i. Paciente con requerimientos $FiO_2 > 35\%$
 - ii. Necesidad de ventilación mecánica.
 - iii. Shock
 - iv. Síndrome hemofagocítico
 - v. Síndrome de distres respiratorio agudo del adulto (SDRA).

NOTA: Debe llevarse un registro de todo el personal que asista a un caso sospechoso o confirmado de COVID-19, por los eventuales contagios que se produzcan en el personal.

Guía actualizada por Dra. Ida Concha Murray et al 07/04/2020

Referencias:

1. Actualización de definición de caso sospechoso para vigilancia epidemiológica ante brote de COVID-19 en Chile. Ord.B51 n° 933, 23 de marzo 2020
2. Síntesis exploratoria Rápida de evidencia Coronavirus 2019 (SARS-CoV-2) Ministerio de Salud Chile, 11 de febrero 2020.
3. Diagnosis and treatment recommendation for pediatric respiratory infection caused by the 2019 novel coronavirus. Worldjournal of Pediatrics <https://doi.org/10.1007/s12519-020-00345-5>
4. Documento de manejo clínico del paciente pediátrico con infección por SARS-CoV-2. Ministerio Español de Sanidad. AEP, SEUP, SECIP y SEIP, 13 de marzo de 2020.
5. Flujo de manejo de caso sospechosos de infección por coronavirus 2019-nCoV en Servicio de Urgencias, Comité de Prevención y Control de IAAS. Hospital Clínico UC-Clinica San Carlos de Apoquindo. Versión n° 4 03.03.2020.
6. Recomendaciones SEUP por SARS-CoV-2. Sociedad Española de Urgencias Pediátricas. Disponible en https://seup.org/pdf_public/SeupCOVID-19.pdf
7. Recomendaciones uso de elementos de protección personal (EPP) para trabajadores de la salud. Marzo 2020. www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/03/recomendaciones-EPP-2.pdf