

Recomendaciones para la atención del paciente pediátrico con infección por SARS-CoV-2

Recommendations for care of pediatric patients with SARS-CoV-2 infection

Comité Nacional de Pediatría General Ambulatoria

INTRODUCCIÓN

Los coronavirus (CoV) son una amplia familia de virus prevalentes en distintos animales que, en ocasiones, pueden causar diversas afecciones, desde el resfriado común hasta enfermedades más graves en humanos, como ocurrió con el que ocasionó el síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV) en 2002-2003 y el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) en 2012. Recientemente, en diciembre de 2019 ha aparecido una nueva cepa de coronavirus que no se había encontrado antes en el ser humano.

Este nuevo virus llamado coronavirus-2 se caracteriza por:

- Su fácil transmisibilidad.
- La producción de una amplia gama de cuadros clínicos que incluyen síntomas banales de afectación de la vía aérea superior (VAS), neumonía, síndrome respiratorio agudo grave, *shock* séptico y falla orgánica múltiple.
- Mayor impacto en personas mayores de 65 años y en pacientes con enfermedades crónicas subyacentes.

Por el momento, no se ha documentado la transmisión perinatal de este virus ni su pasaje a la leche humana. Después del primer documento destinado a desarrollar pautas de manejo clínico e institucional del paciente pediátrico en los diferentes escenarios asistenciales, se proponen estas nuevas recomendaciones para la atención ambulatoria.

RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN AMBULATORIA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

CONSIDERACIONES GENERALES

El objetivo del presente documento es generar guías prácticas para pediatras, para la atención ambulatoria de recién nacidos, niños, niñas y adolescentes, ante circunstancias únicas en nuestras vidas y profesión, producto de la pandemia de COVID-19.

Incluiremos estrategias de atención en consultas ambulatorias, así como también estrategias para el manejo de la información y el sostén emocional de pacientes en las distintas edades que abarca la pediatría, haciendo foco, además, en los diferentes contextos en los que viven los mismos. Se incluirán algunas reflexiones y propuestas compartidas.

Históricamente los pediatras hemos hecho uso del vínculo con nuestros pacientes como una herramienta fundamental en nuestra práctica. Es una relación de casi dos décadas en que acompañamos su crecimiento desde recién nacidos hasta verlos convertirse en casi adultos con autonomía creciente.

Esta relación médico-paciente (y su familia), nos coloca en una situación de gran privilegio, pero también de gran compromiso. El pediatra es el primer recurso de las familias para consultas relacionadas con la salud física y psíquica, así como de temas sociales y del entorno familiar que hacen a su desarrollo; se diferencia de otros médicos, por la disponibilidad y

accesibilidad para la comunicación y resolución de situaciones problemáticas. El pediatra, en general, es accesible a consultas relacionadas con el paciente y su entorno vincular.

La actual pandemia que atravesamos nos presenta un nuevo desafío. En épocas de aislamiento social preventivo obligatorio toda nuestra práctica asistencial se modifica. Sin embargo, seguimos siendo los efectores de salud conocidos y confiables para las familias, así como trabajadores imprescindibles para no sobrecargar los sistemas de salud abocados a la atención de pacientes graves. Estamos convencidos que debemos seguir, en la medida de nuestras posibilidades, atendiendo en cada uno de nuestros lugares de trabajo. Nos hemos propuesto como lema acompañar siempre, curar a veces.

En este marco, son necesarias estrategias innovadoras para llevar a cabo nuestra tarea y la telemedicina se constituye en una herramienta fundamental para consultas entre el paciente y el médico de cabecera, para la orientación, resolución y seguimiento de patologías intercurrentes que de otro modo recargarían los sistemas de urgencia.

El acceso a la tecnología requerida para poder realizar este tipo de prestaciones es básico (cualquier dispositivo móvil) y el avance de los sistemas informáticos de salud posibilita la comunicación a través de diversas plataformas disponibles y de sencillo manejo tanto en un consultorio particular como dentro del sistema público de atención.

Para los centros de salud u hospitales proponemos compartir un número de teléfono, un celular o consultas por algún sistema de mensajería por redes sociales al cual las familias o referentes barriales o promotores de salud puedan contactarse. Se debe establecer con anterioridad y dar a conocer los horarios en los cuales los profesionales se encuentran disponibles para esa tarea y organizar previamente quién/es van a dedicarse a ello disponiendo de un sistema de turnos.

En el caso del ejercicio profesional en consultorios particulares, de Obras Sociales o Prepagas, deben acordarse de igual manera según cada caso. Insistimos en el incalculable valor agregado que tiene para la resolución de consultas de este tipo, el poder realizarlas con el médico de cabecera y no con un servicio de urgencia por videollamada o un sistema similar.

La telemedicina y la teleconsulta, se

encuentran en esta coyuntura recomendadas como herramienta prioritaria y fundamental de contención de los pacientes y las familias durante la pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Academia Americana de Pediatría y el Ministerio de Salud de la República Argentina.

Con estas premisas expuestas y con fines de organización práctica, hemos decidido abordar estas recomendaciones haciendo foco en las siguientes áreas:

- Reflexiones sobre la función del pediatra ambulatorio en épocas de pandemia por COVID-19.
- Recomendaciones para la atención ambulatoria de pacientes sanos y enfermos.
- Recomendaciones en cuanto a cuidados personales del médico y del equipo de salud.

1. REFLEXIONES SOBRE LA FUNCIÓN DEL PEDIATRA AMBULATORIO EN ÉPOCAS DE PANDEMIA DE COVID-19

Ante la pandemia de COVID-19, los pediatras de cabecera, al igual que todo el equipo de salud, nos encontramos frente a una circunstancia única que nos impone nuevos desafíos de manera constante y cambiante día a día.

La pandemia que enfrentamos no parece, hasta el momento, hacer gran foco u objetivo en nuestra población de pacientes en particular, pero sí en sus familiares, así como en sus hábitos de vida. Dado que somos muchos y ejercemos en medios muy variados en todos los niveles sociales de la Argentina, y que cada uno de nosotros, además, presenta situaciones particulares que nos hacen únicos (edad, condiciones de salud, modalidad de atención, etc.), intentaremos en el presente documento de recomendaciones, tratar de contemplar la mayor cantidad de escenarios posibles.

Las medidas ineludibles en esta etapa de contención y mitigación implican el aislamiento social, el riguroso cumplimiento de los cuidados y, en consecuencia, acrecentar la medicalización de la vida cotidiana. La pandemia y las posibles repercusiones en la salud generan estrés, angustia y miedo -entre otros- para los niños, niñas y adolescentes, sus familias y toda la población. Estas situaciones deben ser tenidas en cuenta y abordadas de forma integral. Los pediatras debemos trabajar fuertemente con las familias la idea del carácter temporario del aislamiento y el curso de la pandemia.

Debemos contemplar además que el

aislamiento social puede tener consecuencias emocionales en la subjetividad de las personas y en forma muy especial, en los niños pequeños. Por otro lado, se deberán contemplar los contextos sociales diversos (asentamientos, hogares de niños y madres adolescentes, hospitales de día, psiquiátricos) para arbitrar los medios necesarios y garantizar las medidas de aislamiento, higiene y abastecimiento con equidad por parte de los Estados Nacional y Provinciales.

Otro aspecto a tener en cuenta en este abordaje es la coexistencia de otras patologías y situaciones epidemiológicas estacionales y procesos que el encierro y la pérdida del espacio exterior empeoran, como por ejemplo violencia intrafamiliar, mayor transmisibilidad de otras patologías, exacerbación de procesos respiratorios, aumento de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como la obesidad y la hipertensión, daños emocionales y psíquicos, vulneración de derechos (falta de acceso a la salud, alimento, nutrición adecuada, educación a distancia), etc.

Son muchas las funciones que como pediatras de cabecera podemos desempeñar ante esta pandemia, pero en particular queremos destacar que además de hacer *triage*, indicar medicación, brindar información actualizada, realizar consultas a distancia, orientar, derivar casos sospechosos a los centros telefónicos o institucionales de atención y aliviar el trabajo de las guardias, los y las pediatras tenemos que seguir acompañando el crecimiento y desarrollo de los niños, niñas y adolescentes desde las primeras etapas de la vida, con abordajes amplios que incluyan los procesos emocionales vinculares, familiares y sociales.

Ante la pandemia y las medidas de exclusión y aislamiento se hace indispensable encontrar modos para ampliar la red de sostén de las familias. La crianza no debiera ser en soledad, pero las circunstancias actuales limitan el contacto con otros integrantes del núcleo familiar y del entorno impidiendo el acompañamiento a los adultos cuidadores en las primeras etapas de la vida de los niños. Es nuestra función también entonces, como médicos de cabecera, en el contexto actual continuar con la atención y generar estrategias innovadoras de comunicación y acercamiento a las familias más vulnerables, para acompañarlas e intervenir de la mejor manera posible. Se pueden abordar situaciones de violencia por medio de una videollamada, realizar el sostén del puerperio a una familia con

un recién nacido o acercar alternativas creativas para “pasar el encierro” en las distintas edades pediátricas (brindaremos una serie de opciones y enlaces al final del documento para ofrecer a las familias).

Recordamos que el presente documento está escrito siguiendo las normas del Ministerio de Salud de la Nación y que cada pediatra que acceda al mismo deberá buscar diariamente actualizaciones de dicho Ministerio, así como de la autoridad federal en la materia.

2. RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN AMBULATORIA DE NIÑOS SANOS Y ENFERMOS

2.1. Pautas generales para la atención ambulatoria en el centro de salud, el hospital o el consultorio (según corresponda)

Es indispensable adaptar estos lineamientos a los contextos laborales institucionales e individuales y a las características regionales donde cada pediatra y equipo de salud desarrolle su actividad. Estas consideraciones son dinámicas y sujetas a modificaciones según las normativas vigentes cada día en relación a la situación epidemiológica.

- Evitar las consultas innecesarias.
- Reprogramar telefónicamente los turnos para controles de salud en niños mayores de 12 meses cuyos padres no manifiesten urgencia en concurrir.
- Tener contacto telefónico en pacientes de riesgo para evaluar la necesidad de consulta.
- Programar turnos y espacios diferenciados para la atención de pacientes con patologías de base que requieran control y el mismo no pueda ser diferido.
- Evaluar estrategias de atención alternativas en pacientes con trastornos del desarrollo o patología psiquiátrica, trabajar en conjunto con los profesionales intervinientes según cada caso y patología, y tratar de sostener el aislamiento preventivo.
- Realizar consultas a distancia para disminuir el riesgo de contagio y eventual control posterior.
- Establecer un registro de horario de entrada y salida de los pacientes que ingresan y egresan del centro de salud.
- Considerar que los pacientes médicamente estables puedan esperar fuera del centro de atención médica o en su vehículo personal. Una opción podría ser contactarlos por teléfono móvil cuando sea su turno para ser

evaluados (si se cuenta con el teléfono del paciente).

- Recomendar que los pacientes concurren con un solo adulto responsable menor de 60 años y sin comorbilidades.
- En los centros donde hay residentes o médicos en formación ayudarlos a agilizar y canalizar las consultas.
- Atención inmediata a los pacientes con fiebre y síntomas respiratorios que puedan tener sospecha de infección por COVID-19 y de los pacientes con fiebre y exantema (dengue, sarampión).

2.2. Atención de pacientes sanos

Estas recomendaciones se ajustan al momento epidemiológico actual donde, la población pediátrica no es la más afectada presentando cuadros asintomáticos o leves. Apunta a los controles de salud en los diversos ámbitos del ejercicio profesional como hospitales, centros de salud o consultorios privados según el contexto de las diversas localidades y realidades a lo largo de todo el país.

- Suspender turnos programados y consultas en los centros de mayor complejidad definiendo efectores en la red que den respuesta a la demanda. Establecer un sector diferenciado del centro de salud para la atención de los niños y niñas sanos.
- Evaluar la posibilidad de brindar a la comunidad un número de teléfono del centro de salud u hospital para poder comunicarse y responder llamados por esta vía. En el caso de consultorios privados el profesional puede pautar momentos del día para consultas o responder preguntas. Estas prácticas aún no están reglamentadas, pero consideramos que deberán ponerse a consideración a la brevedad.

2.2.1. Según grupos etarios

Se recomienda la atención de niños sanos en estas franjas etarias según los siguientes criterios. Se recomiendan espacios diferenciados de los pacientes que consultan por enfermedad.

- Primer mes de vida: primer control a las 48 h de vida y según criterio médico, control a la semana de vida y luego al mes. Se considera en esta etapa fundamental el apoyo del equipo de salud ampliando la red de sostén de la mujer en el período de puerperio, apoyo a la lactancia y fortalecimiento de vínculo temprano con los integrantes del entorno de cuidado.

- 2 a 6 meses: control de salud bimensual del paciente sano con un adulto acompañante menor de 60 años sin comorbilidades (2, 4 y 6 meses).
- 7 a 12 meses: se propone reducir en lo posible los controles en salud; sugerimos control a los 9 y 12 meses, considerando una etapa fundamental para el acompañamiento en los procesos de alimentación, crecimiento y desarrollo. Cada pediatra considerará las situaciones que requieran mayor acompañamiento: mal progreso de peso, retrasos madurativos, disfunciones vinculares familiares.
- 12 a 24 meses: sugerimos retrasar estos controles salvo casos que según criterio médico sean impostergables.
- Primera infancia y escolares: no se realizarán controles en salud.
- Adolescencia: se recomienda programar controles contemplando situaciones particulares en los que se debe ampliar el acompañamiento y modificar las estrategias de intervención.

Para más información: <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/adolescentes-y-jovenes>.

2.2.2. Recomendaciones en sala de espera de centros de salud y consultorios

- Evitar compartir la sala de espera; asegurar un distanciamiento de por lo menos 2 metros. En caso de tener que hacerlo sentar a los pacientes silla de por medio. Otra alternativa es habilitar el ingreso de 1 paciente por vez junto con 1 acompañante menor de 60 años sin comorbilidades.
- Habilitar un sector especial para entrega de leche y /o medicamentos preferentemente fuera del centro de salud.
- Evitar elementos plausibles de contaminación como juguetes, libros y mobiliario innecesario.
- Higiene de elementos de trabajo: luego de examinar a cada paciente, higienizar los espacios de circulación, superficies planas, instrumental médico y camilla, con alcohol al 70 % (ver cuidados del personal sanitario).
- Habilitar otros canales de comunicación: videollamadas, consultas telefónicas, vías de difusión. Regirse por las normas del Ministerio de Salud de Nación y la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP).
- Higiene de manos extremando las medidas de cuidado: acorde a las normas de la

Organización Mundial de la Salud (OMS) se recomienda el lavado de manos frecuente entre pacientes.

2.3. Recomendación de vacunación

El Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DICEI), establecerá las prioridades en relación a qué poblaciones se continuará vacunando según el Calendario Nacional de Vacunación en forma dinámica acorde a la situación epidemiológica.

El concepto básico a destacar es no postergar las vacunas en los dos primeros años de vida.

2.4. Atención de pacientes que concurren por enfermedad

El objetivo de la presente es orientar a los servicios de salud en la atención pediátrica. Esta guía deberá adaptarse dinámicamente en cada lugar de trabajo según los contextos y modificándose según la situación epidemiológica.

2.4.1. Atención de pacientes que concurren por enfermedad en una institución pública o privada

Se realizará *triage* antes del ingreso al Servicio o centro de salud, para la búsqueda, derivación y atención rápida de casos sospechosos (barbijo común, guantes y alcohol gel).

Se aconseja elegir una única vía de acceso de los pacientes. El objetivo del *triage* es detectar los casos sospechosos. Se sugiere que esto sea realizado en la puerta de la institución; el personal que lo realice debe contar con barbijo común, guantes y alcohol gel.

Se recomienda que el paciente esté acompañado por 1 adulto menor de 60 años y que no presente comorbilidades.

Se recomienda que los flujos de pacientes no compartan el espacio físico y sean atendidos por equipos sanitarios distintos. Por lo tanto, en lo posible deberían determinarse 2 salas de espera y 2 equipos sanitarios diferentes evitando siempre que estos flujos se mezclen.

Ante un paciente que cumpla con criterio de caso sospechoso se le deberá colocar barbijo quirúrgico a él y a su acompañante.

Si no hubiera opción de tener 2 salas de espera y se cuenta con una sola, se puede dividir la misma. Otra opción es que aquellos que no reúnan criterios de casos sospechosos y la consulta fuera por otro motivo, permanezcan afuera y se los convoque en el momento de ser atendidos.

2.4.2. Atención de pacientes que concurren por enfermedad en consultorios particulares u obras sociales

Como hemos mencionado en la introducción de este documento, queremos jerarquizar la relación del pediatra de cabecera con sus pacientes. Es claro, que, en el marco de esta pandemia, considerando las posibilidades personales (edad, condiciones de salud del profesional, situaciones familiares particulares, etc.) debemos continuar atendiendo de la manera más responsable y segura posible, siguiendo las normas actualizadas del Ministerio de Salud de la Nación y de los referentes locales. En el caso de las consultas presenciales, se sugiere separar a los niños sanos de los enfermos y tomar las medidas de cuidado personal correspondientes que tengamos disponibles. De ser posible, se debe considerar el hacer uso adecuado de medios como la teleconsulta para seguir cuidando a nuestros pacientes y al sistema de salud sin descuidarnos a nosotros mismos.

Deberá evitarse que los niños sanos y aquellos con intercurencias (con su respectivo acompañante) compartan la sala de espera, disponiendo de horarios diferenciales para control y seguimiento de menores de 1 año y de otro horario para consultas de pacientes con intercurencias y otras consultas de urgencias que no se ajusten a la definición de caso sospechoso de COVID-19.

Recordamos, además, que las consultas no urgentes en niños mayores de un año podrán posponerse.

2.4.3. Atención preferencial de pacientes febriles en centro de salud u hospital

Una vez realizado el *triage* y definido el lugar de atención dentro del centro de salud u hospital, derivar al paciente al lugar correspondiente.

CASO SOSPECHOSO DEFINICIÓN DE CASO SOSPECHOSO COVID-19 | 1 DE AGOSTO DE 2020

Criterio 1

Toda persona (de cualquier edad) que presente dos o más de los siguientes síntomas:

- Fiebre (37,5 °C o más).
- Tos.
- Odinofagia.
- Dificultad respiratoria.
- Pérdida repentina del gusto o del olfato.
- Cefalea.
- Diarrea y/o vómitos.

Este criterio incluye toda enfermedad respiratoria aguda grave sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica o,

Criterio 2

Toda persona que:

- Sea trabajador de salud.
- Resida o trabaje en instituciones cerradas o de internación prolongada.*
- Sea personal esencial.**
- Resida en barrios populares o pueblos originarios.***
- Sea contacto estrecho de caso confirmado de COVID-19, que dentro de los 14 días posteriores al contacto presente 1 o más de estos síntomas: fiebre (37,5 °C o más), tos, odinofagia, dificultad respiratoria, pérdida repentina del gusto o del olfato.

* Penitenciarias, residencias de adultos mayores, instituciones neuropsiquiátricas, hogares de niñas y niños.

** Se considera personal esencial: Fuerzas de Seguridad y Fuerzas Armadas, personas que brinden asistencia a personas mayores.

*** Se considera barrio popular a aquellos donde la mitad de la población no cuenta con título de propiedad, ni acceso a dos o más servicios básicos. Fuente: Registro Nacional de Barrios Populares.

Criterio 3

SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO* POST- COVID-19 EN PEDIATRÍA

* Definición adaptada de la Organización Mundial de la Salud

Niños y adolescentes de 0 a 18 años con fiebre mayor a 3 días y dos de los siguientes signos:

- a. Erupción cutánea o conjuntivitis bilateral no purulenta o signos de inflamación mucocutánea (oral, manos o pies).
- b. Hipotensión o *shock*.
- c. Características de disfunción miocárdica, pericarditis, valvulitis o anomalías coronarias (incluidos los hallazgos ecográficos o elevación de troponina/NT-proBNP).
- d. Evidencia de coagulopatía (elevación de PT, PTT, dímero-D).
- e. Síntomas gastrointestinales agudos (diarrea, vómitos o dolor abdominal).

Y

Marcadores elevados de inflamación, como eritrosedimentación, proteína C reactiva o procalcitonina.

Y

Ninguna otra causa evidente de inflamación (incluida la sepsis bacteriana, síndromes de *shock* estafilocócicos o estreptocócicos).

CASO CONFIRMADO COVID-19

Todo caso sospechoso que presente resultado positivo por rt-PCR para SARS-CoV-2 y toda persona que cumpla con criterio de síndrome inflamatorio multisistémico y que presente resultado positivo por rt-PCR y/o serología positiva para SARS-CoV-2.

Todos los convivientes de casos positivos que comiencen con sintomatología, sin que sea necesario confirmar este cuadro con un estudio virológico y notificándolo como caso por criterio clínico-epidemiológico.

Para más información sobre recomendaciones para la población y protocolos, visitar el sitio del Ministerio de Salud de la Nación: <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19>.

Para más información sobre la situación mundial de COVID-19 ingresar al sitio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (en inglés):

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>

2.5. Atención de pacientes en domicilio

Un apartado especial merece la visita médica a domicilio.

Antes del ingreso al domicilio del paciente, se recomienda al médico realizar una nueva anamnesis a distancia mayor de 2 m y si se tratara de un caso probable o sospechoso, ya sea el paciente en cuestión o algún conviviente (según definición vigente de la autoridad de salud competente) se debe activar el protocolo según las normas al momento de realizada la visita. Insistimos en que deberá negarse a ingresar si considera que las condiciones para su resguardo personal no están aseguradas.

En el caso de ingresar al domicilio, se recomienda que, si no se trata de un caso probable o sospechoso, se realicen los procedimientos habituales, manteniendo el distanciamiento recomendado, medidas de higiene de manos e instrumental. En caso de tratarse de pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19 se debe sumar el uso de barbijo quirúrgico, camisolín, guantes y protección ocular.

El uso de barbijo N95 se reserva para la realización de procedimientos invasivos que no

se dan en los domicilios. Si no se dispone del material requerido se desaconseja la evaluación de fauces por la aerosolización de secreciones, tan frecuente en el examen físico de niños pequeños.

2.6. Medidas de prevención en la comunidad

Las medidas más importantes a tener en cuenta a nivel de la comunidad son:

- Lavado de manos frecuente con soluciones a base de alcohol al 70 % en manos limpias o con agua y jabón en manos visiblemente sucias.
- Evitar tocarse el rostro (ojos, nariz y boca).
- Toser o estornudar en la región de flexión del codo o bien en un pañuelo descartable.
- Distanciamiento social al menos de 2 metros.

Usar tapabocas durante todo el tiempo de permanencia en actividades a nivel de la comunidad.

Contactar al sistema de salud rápidamente ante la aparición de síntomas compatibles con COVID-19.

3. CUIDADOS DEL PERSONAL SANITARIO EN EL ÁMBITO AMBULATORIO

Subcomisión de Epidemiología

3.1. Introducción

Este capítulo resume las recomendaciones para la correcta utilización de las medidas de protección personal y de limpieza adecuadas en el marco de la contingencia de COVID-19 en el ámbito ambulatorio.

Todo el personal sanitario debe utilizar los elementos de protección adecuados según el riesgo de exposición a pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19 y a la dinámica de transmisión del patógeno (contacto, gotas, aerosoles).

Estas medidas comprenden: higiene de manos, higiene respiratoria, uso de equipos de protección personal según la evaluación de riesgo, descarte seguro de materiales cortopunzantes, manejo adecuado del ambiente y de los residuos patológicos hospitalarios, esterilización y desinfección de dispositivos médicos, hospitalarios y limpieza del entorno hospitalario.

Es importante minimizar la cantidad de personal de salud que contacta con casos sospechosos/confirmados de COVID-19. Para esto, se sugiere planificar previamente las actividades que se realizarán con el paciente (distribución de funciones de cada integrante del equipo de salud).

3.2. Protección adecuada para el cuidado del personal sanitario según su función

3.2.1 Triage

Se recomienda realizarlo en el ingreso del paciente a la institución/ consultorio para la detección y atención rápida de los casos sospechosos o confirmados de COVID-19, de manera tal de evitar el contacto con pacientes que asisten por otras razones y con el personal.

Se sugiere para aquellos que lo realicen, utilizar:

- Métodos de barrera física: separación con vidrio o mampara de plástico en los lugares de primer contacto con los pacientes.
- Idealmente mantenerse a 1,5 metros de distancia.
- Barbijo quirúrgico.
- Guantes.
- Gel alcohólico.

3.2.2. Personal de salud involucrado en la atención directa de casos sospechosos o confirmados de COVID-19 (médicos/as, enfermeros/as kinesiólogos/as)

Aquellos profesionales de alto riesgo (portadores de comorbilidades) y las mujeres embarazadas, deberán evitar el contacto con casos sospechosos o confirmados.

Equipo de protección personal para trabajadores involucrados en la atención directa de los casos sospechosos o confirmados de COVID-19.

Sin exposición a secreciones:

- Higiene de manos antes y después del contacto con todos los pacientes.
- Barbijo quirúrgico.
- Bata.
- Guantes.
- Protección ocular (antiparras o casco con protección).

Ante procedimientos que generen riesgo de exposición a secreciones respiratorias (como toma de muestras o instrumentación de la vía aérea):

- Higiene de manos antes y después del contacto con todos los pacientes.
- Barbijo N95.
- Guantes.
- Protección ocular.
- Bata/camisolín hidrorrepelente.
- Botas.

Comentario: ante la dificultad para establecer flujos diferenciados para los pacientes graves que precisen estabilización, se recomienda que el personal sanitario que los atienda porte sistemáticamente los elementos de protección

personal previendo la posibilidad de exposición a secreciones respiratorias.

3.2.3. ¿Cómo ponerse y sacarse el equipo de protección?

Es esencial conocer el orden y modo correcto tanto de colocación como de retirada de cada uno de sus componentes.

Para colocarse el equipo de protección personal:

- a. Higiene de manos.
- b. Bata/camisolín (se ata por detrás en el cuello y en la cintura).
- c. Barbijo (colocación correcta: la tira superior por detrás de la nuca y la inferior por detrás del cuello, no cruzadas, ajuste nasal, deslizar sobre el mentón, comprobar el ajuste del barbijo).
- d. Protección ocular.
- e. Guantes (deben cubrir el puño del camisolín).

Para quitarse el equipo de protección personal, el orden de retiro adecuado debe ser el siguiente:

- a. Retirar el camisolín y descartar en una bolsa roja.
- b. Retirar los guantes y descartar en una bolsa roja.
- c. Higiene de manos.
- d. Retirar la protección ocular para poder limpiarla adecuadamente.
- e. Retirar el barbijo.
- f. Nuevamente higiene de manos.

3.2.4. Recomendaciones para utilización de barbijos

Se utiliza como medida de barrera cuando se prevea que se pueden producir salpicaduras durante la atención sanitaria, al aproximarse a < 1 metro de los pacientes que están sometidos a aislamiento de gotas o presentan una infección respiratoria aguda de origen desconocido.

El objetivo es evitar que las secreciones respiratorias emitidas por el paciente al hablar, toser o estornudar, puedan impactar en la mucosa nasofaríngea u ocular de otras personas susceptibles.

- a. Tanto para la indicación de barbijo quirúrgico solo o la colocación de barbijo quirúrgico sobre el barbijo N95 para la protección de este último, coloque el barbijo con cuidado, asegurándose que cubra la boca y la nariz, y átelo de forma segura para minimizar cualquier espacio entre la cara y la máscara.
- b. Evite tocar el barbijo mientras lo usa.
- c. Quítese el barbijo utilizando la técnica adecuada: no lo saque tocando el frente, desátele por detrás.

d. Después de retirarlo limpie las manos con alcohol gel o agua y jabón si las manos están visiblemente sucias.

e. No reutilice el barbijo quirúrgico; es de un solo uso.

Barbijo con filtro de partículas N95

- Indicado para tomar muestras respiratorias (hisopados oro/nasofaríngeos), intubación orotraqueal, broncoscopia, lavado broncoalveolar, aspirado traqueal, RCP, entre otros procedimientos directos, y en situaciones que pueden generar aerosoles en casos de influenza o COVID-19.
- El uso debe ser individual (no se comparten) y pueden ser reutilizados hasta 15 días en jornadas de trabajo menores a 7 horas diarias o hasta 7 días en jornadas mayores a 7 horas diarias.
- Extraer el barbijo tomándolo por el elástico y luego guardar.
- Puede considerarse el uso del barbijo N95 acompañado del uso de barbijo quirúrgico cubriéndolo para evitar el deterioro del mismo.
- El barbijo N95 se debe conservar dentro de bolsas de papel o de tela identificadas con el nombre y la fecha de inicio de uso.
- No llevar el barbijo N95 al domicilio.
- En caso de rotura o si se ha humedecido, el barbijo N 95 se debe descartar inmediatamente.
- Luego de guardar, descartar o tocar el barbijo efectuar siempre el lavado de manos.

Barbijo común o quirúrgico

- Indicado para el personal que asista de forma directa a pacientes con aislamiento de gota, como el que se indica en casos de infección por influenza, coronavirus (incluido COVID-19), virus sincicial respiratorio, meningococo, parotiditis, rubéola.
- Pacientes con infección respiratoria.
- Para procedimientos invasivos que requieran técnica estéril.
- Son descartables y de un solo uso.
- Hay que realizar higiene de manos cada vez que se remueve el mismo.

3.2.5. Ropa de trabajo y objetos personales

Se sugiere arribar al lugar de trabajo con ropa de calle, allí colocarse ropa de trabajo (ambo), y una vez concluida la jornada laboral, colocarse nuevamente la ropa de calle para retornar al hogar. Se debe procurar que toda la ropa utilizada dentro del hospital/ consultorio quede ahí para su lavado.

Una vez que se arriba al hogar, se debe realizar un baño general y un profuso lavado de manos.

Si la ropa de calle fue utilizada dentro del hospital/ consultorio por largo tiempo, se debe realizar un lavado con agua caliente entre 60 y 90 °C.

Los objetos personales (billetera, teléfono celular, llaves, cartera, tarjetas, etc.), deben ser limpiados con alcohol al 70 %.

3.2.6. Personal de salud que haya estado en contacto con un caso probable o confirmado de COVID-19 y que no haya utilizado las medidas de protección adecuadas

Se considera contacto estrecho y debe realizar:

- Aislamiento domiciliario por 10 días.
- Evitar el contacto cercano con otras personas (cara a cara a menos de 2 metros).
- No compartir platos, vasos, cubiertos, toallas, almohadas u otros artículos personales.
- Cubrirse la boca y la nariz con un pañuelo descartable al toser o estornudar, o utilizar el pliegue del codo.
- Lavarse las manos de manera frecuente con agua y jabón o usar un desinfectante de manos.
- Ventilar regularmente los ambientes.
- Evitar los viajes locales, nacionales e internacionales.
- En caso de comenzar con síntomas se deberá colocar un barbijo y contactar a la autoridad sanitaria local.

3.3. Personal que realiza tareas administrativas

Métodos de protección individual para personal que realiza tareas administrativas:

- Utilizar métodos de barrera física. Separación con vidrio o mampara de plástico en los lugares de primer contacto con los pacientes.
- Higiene de manos adecuada.
- No requiere equipo de protección personal.

3.4. Personal de limpieza

Métodos de protección individual para personal que realiza tareas de limpieza

Para las personas que se ocupen de la limpieza de los lugares por los que hayan transitado pacientes con sospecha o diagnóstico de COVID-19, se sugiere:

- Higiene de manos antes y después de colocarse el equipo de protección personal.
- Barbijo quirúrgico.
- Camisolín hidrorrepelente.
- Guantes gruesos o doble guante.

- Protección ocular en caso de riesgo de salpicadura de químicos o fluidos.
- Botas o calzado grueso cerrado.

3.5. Cuidados ambientales de los espacios involucrados en la atención de casos sospechosos o confirmados de COVID-19

En todos los ambientes destinados a la atención de casos sospechosos o confirmados de COVID-19:

- Adecuada limpieza para evitar la contaminación de las superficies.
- Espacios apropiados para evitar el hacinamiento (distancia mínima de 2 metros entre paciente y paciente/personal de salud).
- Minimizar a 1 acompañante por paciente.
- Adecuada ventilación.
- Sistemas de ventilación para los aislamientos de pacientes confirmados.

3.5.1. Para los lugares de tránsito de pacientes

Cualquier actividad que no implique contacto con pacientes con casos sospechosos o confirmados de COVID-19, no requiere ningún tipo de acción especial.

Persistencia del virus en diferentes superficies

La viabilidad del virus en distintas superficies depende del inóculo, de la temperatura, de la humedad y del tipo de superficie. Distintos estudios sugieren los siguientes tiempos aproximados de viabilidad del virus:

- Papel: 4 a 5 días.
- Guantes plásticos (quirúrgicos): 8 horas.
- Aluminio: 2 a 8 horas.
- Plástico: 5 días.
- Vidrio: 4 días.
- Acero: 2 días.
- Madera: 4 días.

3.5.2. Agentes propuestos para la inactivación del SARS-CoV-2

- Glutaraldehído (al 0,5-2,5 %)
- Formaldehído (al 0,7-1 %)
- Iodopovidona (al 0,23-7,5 %)
- Hipoclorito de sodio ($\geq 0,21$ %)
- Peróxido de hidrógeno (al 0,5 %)
- Temperaturas mayores a 30 °C
- Dicloroisocianurato de sodio 1 mg/ml en el piso y 5 mg/ml en el resto de las superficies. Se sugiere:
- Higiene de manos: con solución a base de alcohol isopropanol al 70 % o etanol al 80 % o combinación de 45 % 2-propanol con 30 % 1-propanol.

- Desinfección de superficies: con hipoclorito de sodio al 0,05 % (para limpieza habitual) y al 0,5 % en caso de salpicadura de materiales biológicos.

3.6. Gestión de residuos

Los residuos generados en la atención del paciente se consideran residuos biosanitarios, por lo tanto, deberán ser eliminados como residuos especiales.

3.7. Aspectos administrativos relacionados con las medidas de prevención

- Asegurar los recursos.
- Infraestructura apropiada.
- Facilidad para el acceso a los test diagnósticos.
- *Triage* adecuado.
- Ubicación adecuada de los pacientes (casos sospechosos/casos confirmados/pacientes con patologías de base).
- Adecuada relación médico/enfermero/paciente, según el área de internación.

3.8. Consideraciones finales

- Considerar el uso de telemedicina para evaluar los casos sospechosos.
- Utilizar barreras físicas para reducir la exposición al SARS-CoV-2, por ejemplo, en los servicios de admisión (ventanillas vidriadas o plásticas).
- Los equipos de protección personal se utilizarán en base al riesgo de exposición (tipo de actividad) y a la dinámica de transmisión del patógeno (contacto, gotas, aerosoles).
- Procurar en todo momento la optimización del uso de los equipos de protección personal.
- Restringir el ingreso a las salas a los trabajadores de la salud que no estén directamente involucrados con la atención del paciente con COVID 19.

REFERENCIAS

- Centers for Disease Control and Prevention. CDC in action. [Acceso: 5 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cases-updates/cdc-in-action.html>
- HHS.gov. Notification of Enforcement Discretion for Telehealth Remote Communications During the COVID-19 Nationwide Public Health Emergency. [Acceso: 5 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/special-topics/emergency-preparedness/notification-enforcement-discretion-telehealth/index.html>
- American Academy of Pediatrics. Coronavirus Update: A message from AAP President Sally Goza. [Acceso: 5 de agosto de 2020]. Disponible en: http://www.magnetmail.net/actions/email_mobile_web_version.cfm?recipient_id=3297887140&message_id=18337929&user_id=AAPOrg&jobid=47333723
- Ribeiro ML. Oficio CFM Nº 1756/2020 – COJUR. Brasil: disposición de desregulación de telemedicina. [Acceso: 5 de agosto de 2020]. Disponible en: http://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf
- Krynski L, Ghersin S, Del Valle M, Cardigni G. Comunicación a través de medios electrónicos en pediatría. Recomendaciones de uso. *Arch Argent Pediatr*. 2019;117(Supl 4):S175-9.
- Argentina. Ministerio de Salud. Recomendaciones para el uso de los EPP. [Acceso: 5 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/recomendaciones-uso-epp>
- Health care-associated infections | HAI | CDC. 3 Jun 2019. Disponible en: <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>
- Kampf G, Todt D, Pfaender S, Steinmann E. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. *J Hosp Infect*. 2020; 104(3):246-51.
- Argentina. Ministerio de Salud. Identificación y seguimiento de contactos. [Acceso: 5 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/Identificacion-y-seguimiento-de-contactos>
- 10. Organización Mundial de la Salud. Higiene de las manos en la atención sanitaria ambulatoria/residencias de la tercera edad/a domicilio [Acceso: 5 de agosto de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/gpsc/5may/Hand_Hygiene_When_How_Leaflet_OPC_Sp_web_2012.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. Prevención y control de infecciones asociadas a la atención de la salud. Recomendaciones básicas. Washington, DC: OPS; 2017. [Acceso: 5 de agosto de 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=pubicaciones-tecnicas-investigacion-5602&alias=40356-prevencion-control-infecciones-asociadas-a-atencion-salud-recomendaciones-basicas-2018-356&Itemid=270&lang=es
- World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-2019) situation reports. [Acceso: 5 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>
- Sociedad Argentina de Pediatría. Recomendaciones de atención del paciente pediátrico con infección con SARS-CoV-19. Marzo 2020. [Acceso: 5 de agosto de 2020]. Disponible en: https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_segundo-encuentro-virtual-covid_1585328932.pdf
- Lucion MF. ¿Cómo se deben cuidar los pediatras en el consultorio y la internación? Sociedad Argentina de Pediatría. [Acceso: 5 de agosto de 2020]. Disponible en: https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_covid-lucion_1584672246.pdf
- Argentina. Ministerio de Salud. COVID-19 Limpieza y desinfección de material sanitario, superficies y espacios. Recomendaciones. 2020. [Acceso: 5 de agosto de 2020]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001899cnt-covid19-limpieza-desinfeccion-material-sanitario-superficies-y-ambientes-2020.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. Guía para la elaboración a nivel local: Formulaciones recomendadas por la OMS para la desinfección de manos. [Acceso: 5 de agosto de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/gpsc/5may/tools/ES_DSP_GPSC1_GuiaParaLaElaboracionLocalWEB-2012.pdf

ANEXOS ÚTILES PARA ACERCAR A LA POBLACIÓN

Medidas de excepción para que padres y madres puedan trasladar niños, niñas y adolescentes:

<https://www.argentina.gob.ar/noticias/coronavirus-medidas-de-excepcion-para-que-padres-y-madrespuedan-trasladar-ninos-ninas-y-adolescentes>

Sitios de interés para familias

1. <http://www.cazacuentos.com.ar/>
2. Colonia gratuita de Lectura juego y expresión <https://pequenoeditor.com/+5491141761499> en WhatsApp
3. Contenidos en canales PakaPaka y Encuentro

MANEJO EN SALAS DE INTERNACIÓN CLÍNICA

Comité de Medicina Interna

Consideraciones iniciales de manejo en la sala de internación clínica

Los aspectos a tener en cuenta para el manejo en la internación son:

- Los menores de 12 meses deben internarse siempre, independientemente de la forma clínica que presenten.
- En caso de grupos familiares y/o adultos responsables de niños que tengan 12 meses de vida o más, en el que todos sean positivos para COVID-19, podrán ser trasladados para su aislamiento en una unidad extrahospitalaria si la condición clínica de cada uno lo permitiera.
- Cuando el único miembro de la familia con COVID-19 confirmado y cuadro clínico leve tiene 12 meses o más y hasta 16 años, será internado con un adulto responsable menor de 65 años que no presente comorbilidades y tenga disponibilidad para ser compañía permanente.

Criterios de internación

En el momento de la redacción de este documento los criterios de internación en la Sala de Pediatría son:

- Todo paciente que presente dificultad respiratoria e infección confirmada por SARS-CoV-2, aunque sea leve. Es recomendable el ingreso hospitalario en una habitación aislada y tomando todas las medidas de aislamiento establecidas. Se emplearán antibióticos si hay sospecha clínica de sobreinfección bacteriana. En caso de clínica grave se trasladará al paciente a la UCIP, preferiblemente en habitaciones con presión

negativa, y su tratamiento se evaluará de forma individualizada.

- Todo paciente que presente signos de insuficiencia respiratoria leve o moderada (tiraje, quejido, cianosis, taquicardia, apneas, taquipnea de ≥ 70 respiraciones/min en menores de 1 año o ≥ 50 en mayores de 1 año, gasometría arterial con $\text{PaO}_2 < 60$ mmHg, $\text{PaCO}_2 > 50$ mmHg, saturación menor o igual al 92 %) y que requiera tratamiento con oxigenoterapia.

REFERENCIA: *Consenso sobre infecciones Respiratorias Agudas Bajas de la Sociedad Argentina de Pediatría:*

https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2020/Atencion_hospitalaria.pdf

- Todo paciente mayor de 1 año que estuvo en contacto con sospechoso de infección COVID-19, y presente fiebre de $37,5^\circ\text{C}$ o más y/o presente:
 - Dolor torácico.
 - Signos de deshidratación.
 - Incapacidad o dificultad para alimentarse.
 - Irritabilidad, confusión, somnolencia o convulsiones.
 - Compromiso cutáneo (acrodermatitis en dedos de los pies, vasculitis, rash eritematoso, urticaria o exantema variceliforme).
 - Todo paciente con patologías consideradas de riesgo que contraindiquen la asistencia domiciliar, independientemente de la clínica (ver grupos de riesgo).
 - Todo paciente que tiene convivientes vulnerables (embarazadas, ancianos, enfermos crónicos) en su núcleo familiar.
 - Todo paciente con leucopenia y/o linfopenia moderada o grave o progresiva.
 - Todo paciente con radiografía de tórax con opacidades bilaterales en vidrio esmerilado y consolidaciones pulmonares múltiples o derrame pleural.
- https://www.seipweb.es/wp-content/uploads/2020/03/13_marzo_documento_aep-seip-scip-seup-corregido.pdf

Manejo recomendado en la sala de internación clínica

- Se recomienda una habitación con presión negativa; de no estar disponible este tipo de unidad asistencial se le atenderá en

una habitación o box de uso individual con baño, con ventilación natural o climatización independiente. La puerta de la habitación deberá permanecer siempre cerrada con carteles que indiquen que es necesario cumplir con el paciente con las recomendaciones de AISLAMIENTO DE CONTACTO Y DE GOTA.

- Se debe informar a los cuidadores que no pueden salir de la habitación; ante la necesidad de asistencia por cambios clínicos del paciente u otras interurrencias, deben utilizar intercomunicadores o timbres colocados dentro de la habitación.
- Se deben mantener estrictamente las medidas de cuidado recomendadas para el personal de salud detallada en las recomendaciones de aislamiento de contacto y de gota siempre que no vayan a realizarse maniobras que generen aerosoles. En ese caso se debe observar la recomendación de aislamiento de aerosoles utilizando un equipo de protección personal más seguro y tratando el aire de la habitación. Si bien hay eliminación del virus por vía enteral y urinaria, las heces y la orina no son eficaces en la transmisibilidad viral.
- Se debe monitorizar de cerca a los pacientes con COVID-19 en busca de signos de deterioro clínico, como insuficiencia respiratoria rápidamente progresiva y sepsis, para responder inmediatamente con las intervenciones necesarias. Si es posible utilice puntajes de deterioro al pie de cama (ej. *Pediatric Early Warning Score*) (Figura 1).
- Se recomienda la realización de exámenes

de laboratorio (hemograma, proteína C-reactiva ultrasensible o cuantitativa, PCT, hepatograma, función renal, ionograma, coagulograma, gasometría y orina completa) y hemocultivos.

- Se debe realizar siempre un hisopado nasal y orofaríngeo utilizando 2 hisopos de dacrón (NO de madera), acompañados de la ficha epidemiológica correspondiente consignando todos los datos solicitados.
- Se recomienda realizar un panel viral para virus respiratorios habituales a todos los internados en búsqueda de la etiología (si el resultado para coronavirus es negativo) o posibles coinfecciones.
- Debe indicarse una radiografía de tórax.

Consideraciones generales de tratamiento en la sala de internación (ver el tratamiento específico en el apartado de tratamiento farmacológico del documento del Comité de Infectología)

- Si se requiriera el uso de broncodilatadores (siempre y cuando se demuestre su utilidad con una prueba terapéutica inicial), se debe utilizar cartucho presurizado con cámara espaciadora para evitar la generación de aerosoles.
- Respecto del uso de analgésicos y antitérmicos habituales (paracetamol, dipirona, ibuprofeno) cabe la siguiente consideración: el uso de ibuprofeno está aún en discusión y algunos grupos lo desaconsejan; en su reemplazo se prefiere el paracetamol.

FIGURA 1. *Pediatric early warning score*¹⁰

	0 puntos	1 punto	2 puntos	3 puntos
Comportamiento	Apropiado-Jugando.	Durmiendo.	Irritable.	Letárgico-Confusión. Respuesta reducida al dolor.
Cardiovascular	Rosado o relleno capilar 1-2 segundos.	Pálido o relleno capilar 3 segundos.	Grisáceo o relleno capilar 4 segundos. Taquicardia de más de 20 del valor normal.	Grisáceo o reticulado o relleno capilar mayor a 5 segundos. Taquicardia de más de 30 del valor normal o bradicardia.
Respiración	Parámetros normales, sin retracción.	Mayor a 10 de los parámetros normales, uso de músculos accesorios, 30 % FiO ₂ o 3 l/min O ₂ .	Mayor a 20 de los parámetros normales. Retracciones o 40 % FiO ₂ o 3 l/min O ₂ .	Menor a 5 de los parámetros normales con retracción, quejido, 50 % FiO ₂ o 8 l/min O ₂ .

Se consideran 2 puntos extras en el paciente con nebulizaciones dentro de los 15 minutos (incluidas nebulizaciones continuas) y en el paciente postquirúrgicos con vómitos persistentes.

- Es muy importante mantener una hidratación adecuada y un aporte calórico acorde.

Condiciones de externación

- El egreso hospitalario puede otorgarse a los pacientes inmunocompetentes luego del 7° día de evolución, según el cuadro clínico y las características del paciente.
- Si el paciente egresa de la institución antes de los 10 días se mantendrá el aislamiento en el hogar hasta cumplir los 10 días desde el inicio de los síntomas.
- Si el paciente inmunocompetente permanece internado por presentar una neumonía grave deberá realizarse a los 21 días del inicio de los síntomas una PCR de control.
- Si fuera negativa, el paciente podrá pasar a otro sector fuera del área COVID-19 si aún permanece internado. Si fuera positiva, el manejo posterior quedará a cargo del médico tratante sabiendo que en esta situación la persistencia de PCR positiva no necesariamente sugiere contagiosidad.

Consideraciones particulares para pacientes que integran grupos de riesgo

Los siguientes grupos de pacientes pediátricos se consideran de riesgo y deben tener consideraciones especiales:

- Pacientes inmunodeprimidos y/o inmunosuprimidos: inmunodeficiencias primarias, 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 y niños con infección VIH con mal control virológico con carga viral detectable y/o disminución de CD4 o inversión CD4/CD8.
- Pacientes con cardiopatías congénitas cianóticas, no cianóticas y otras (adquiridas, miocardiopatías, pericarditis, arritmias graves) hemodinámicamente significativas, que requieran tratamiento médico, que asocien hipertensión pulmonar, en el postoperatorio de cirugía o intervencionismo cardiaco, trasplante cardíaco o en espera de trasplante.
- Pacientes con enfermedades neuromusculares y encefalopatías moderadas o graves.
- Pacientes con patología respiratoria crónica (fibrosis quística, displasia broncopulmonar, oxigenoterapia domiciliaria, traqueostomía, ventilación mecánica domiciliaria, asma grave).

- Pacientes con enfermedad de células falciforme homocigota o doble heterocigota.
- Pacientes con diabetes tipo 1 con mal control metabólico.

Estos niños deben internarse siempre que se encuentran sintomáticos y deben tener hecho un test diagnóstico para SARS-CoV-2 más allá de la epidemiología.

Se recomienda realizar un panel para descartar otros virus, serología con IgM para *Mycoplasma pneumoniae* y hemocultivos.

Se debe descartar SIEMPRE la coinfección por otros virus, e iniciar tratamiento con oseltamivir en caso de influenza.

En pacientes que estén recibiendo tratamiento inmunosupresor, en función de su situación clínica, indicación, y de acuerdo con el especialista y médico responsable del paciente, evaluar la relación riesgo/beneficio de suspender transitoriamente el mismo, o reducir la dosis inmunosupresora.

En los pacientes con enfermedad reumatológica, no debe suspenderse la medicación para su tratamiento, incluyendo metotrexato y biológicos. Debe realizarse un minucioso examen físico y cuidadosa anamnesis en busca de posibles contactos con personas sintomáticas respiratorias o COVID-19 antes del pasaje de las infusiones. En caso de contraer la infección, se evaluará con el especialista en reumatología la suspensión o no de los mismos.

En pacientes con inmunodeficiencias primarias, en caso de infección viral confirmada por SARS-CoV-2 si el paciente está recibiendo gammaglobulina sustitutiva, se recomienda adelantar la infusión de la misma, según la indicación del especialista.

En los huéspedes inmunocomprometidos, se evaluará el egreso hospitalario en el caso de buenas condiciones clínicas, con mejoría clínica y sin fiebre por 72 h y luego de los 7 días del inicio del cuadro clínico de COVID-19. En este tipo de huéspedes, se realizará rt-PCR de control al día 21.

Es necesario constatar que la rt-PCR sea negativa. El alta infectológica de SARS-CoV-2 (retiro del aislamiento) en el huésped inmunocomprometido se considerará luego de los 21 días desde el inicio de los síntomas, con el cuadro clínico resuelto y rt-PCR negativa, debido a que presentan excreción viral por más tiempo.

Hasta ese momento deberán mantenerse las medidas de aislamiento de gota y de contacto en todos los ámbitos en donde circule el paciente.

Síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico asociado a COVID-19 (SIM-C)

Se trata de un síndrome que se da en pacientes infectados o que han estado expuestos a SARS-CoV-2. Tiene grandes similitudes clínicas con la enfermedad de Kawasaki atípica, aunque presenta algunos signos diferentes.

Las principales diferencias descritas entre la enfermedad de Kawasaki y el SIM-C son respecto de este último:

- Edad levemente mayor que en la EK.
- Mayor compromiso digestivo y neurológico como forma de presentación inicial.
- Presencia de *shock* asociado a síntomas de EK.
- Tendencia a la linfopenia, trombocitopenia y elevación mayor de parámetros inflamatorios (proteína C reactiva -PCR-, procalcitonina y dímero-D).

Habitualmente el SIM-C ocurre en niños y adolescentes de 0 a 19 años que presentan fiebre de tres días o más de duración y dos de los criterios siguientes:

- a. erupción cutánea o conjuntivitis no purulenta bilateral o signos de inflamación mucocutánea (boca, manos o pies),
- b. hipotensión o *shock*,
- c. características de disfunción miocárdica, pericarditis, valvulitis o anomalías coronarias (incluidos signos ecocardiográficos o valores elevados de troponina /NT-proBNP),
- d. pruebas de coagulopatía (a partir del TP, el TTPa o de valores elevados de dímero-D),
- e. problemas gastrointestinales agudos (diarrea, vómitos o dolor abdominal).

Frente a estos hallazgos se debe evaluar la presencia de valores elevados de marcadores de inflamación (VSG, PCR o procalcitonina). Deben descartarse otras causas de infección microbiana o de inflamación, incluida la sepsis y los síndromes de *shock* tóxico estafilocócico o estreptocócico.

Se deben documentar pruebas de COVID-19 (rt-PCR, pruebas antigénicas o serología positivas).

Hay varios "fenotipos" observados y descritos en series de casos que van desde un cuadro febril en la segunda semana de evolución de la infección respiratoria aguda por SARS-CoV-2, a presentaciones graves con compromiso hemodinámico y síntomas digestivos (dolor abdominal, vómitos, diarrea) que pueden tener componentes de la enfermedad de Kawasaki, hipercoagulabilidad e hiperinflamación, habitualmente posterior a la infección aguda.

Se describen 4 grandes presentaciones clínicas:

- 1.- Síntomas inespecíficos en que predominan la fiebre, *rash*, compromiso gastrointestinal.
- 2.- Compromiso cardíaco como enfermedad de Kawasaki-like o síndrome de *shock* tóxico.
- 3.- *Shock* o inestabilidad hemodinámica.
- 4.- Tormenta de citocinas con aumento de IL-1 e IL-6.

Es interesante destacar que un estudio reveló en el ecocardiograma en el momento del ingreso de los pacientes que puede observarse disfunción ventricular con fracción de eyección acortada. Diez de 35 presentaban una fracción de acortamiento de menos del 30 % y 25 de 35 entre el 30 y 50 %. Los pacientes en su mayoría ingresaron con *shock* cardiogénico con requerimiento de inotrópicos.

Es importante recordar que el SIM-C remeda otras afecciones inflamatorias pediátricas incluyendo:

- Enfermedad de Kawasaki.
- Síndrome de *shock* tóxico por estafilococos y estreptococos.
- Sepsis.
- Síndrome de activación macrofágica (síndrome hemofagocítico).

Por ello es fundamental un adecuado diagnóstico diferencial descartando otras etiologías.

En cuanto al abordaje terapéutico, debemos señalar que inicialmente son fundamentales las medidas de sostén, a saber:

- Identificación temprana del *shock*.
- Monitorización invasiva precoz.
- Reposición y reanimación con volumen.
- Soporte hemodinámico con apropiado uso de inotrópicos y vasopresores según necesidad.
- Soporte ventilatorio con intubación y ventilación mecánica temprana.
- Optimización del aporte de O₂, minimizar el consumo de O₂.

En pacientes clínicamente inestables con compromiso hemodinámico se recomienda utilizar tratamiento inmunomodulador con:

- Inmunoglobulina IV 2 g/kg/día, asociado a metilprednisolona 2 mg/kg/día IV por 3 a 5 días según la evolución.
- Considerar el inicio de terapia antimicrobiana de amplio espectro según la epidemiología local hasta descartar infecciones que podrían estar asociadas, además del SARS-CoV-2.
- En niños que cumplan criterios de EK o presenten alteraciones coronarias en la

ecografía se debe agregar tratamiento con ácido acetilsalicílico (aspirina) 50 mg/kg/día (máximo 2 g) en 4 dosis hasta completar 48-72 horas afebril y disminución progresiva de los parámetros inflamatorios, y luego continuar con 3 a 5 mg/kg (máximo 100 mg/dosis) por 4 a 6 semanas o más, según los hallazgos ecográficos.

- Considerar, según los exámenes de evaluación, la necesidad de anticoagulación con enoxaparina.

En los pacientes con aumento de citoquinas considerar el tratamiento con inmunomoduladores: anakinra y tocilizumab.

Anakinra es un antagonista del receptor de IL-1b e IL-1a usado en forma segura en cuadros de activación macrófaga y desregulación inmune.

Tocilizumab es un anticuerpo monoclonal recombinante humanizado contra el receptor de IL-6, de la subclase de inmunoglobulina IgG1k. La IL-6 endógena es inducida por estímulos inflamatorios y media una variedad de respuestas inmunológicas. La inhibición de los receptores de IL-6 por tocilizumab produce una reducción de citocinas y reactantes de fase aguda.

También, al momento de escribir este documento está comenzando a considerarse el uso de plasma de convalecientes por su capacidad inmunomoduladora.

Los criterios para el egreso hospitalario son:

- 3-4 días de disminución progresiva de los marcadores inflamatorios: ferritina, dímero-D, PCR.
- Disminución consistente de las troponinas por debajo de 1,0 ng/ml.
- 48 h sin necesidad de oxígeno suplementario.

- 48 h sin fiebre.
- 48 h sin necesidad de vasopresores.
- Electrocardiograma normal.
- Niveles terapéuticos de antifactor Xa en caso de estar recibiendo enoxaparina.
- Alimentación e hidratación adecuada y bien tolerada.
- Control farmacológico de la insuficiencia cardiaca (si corresponde).
- Mejoría o estabilidad de los hallazgos ecocardiográficos seriados según cada caso evaluando función ventricular, anomalías coronarias y función valvular.

REFERENCIAS

- Gómez Conde SY, Chia Proenza D, del Toro Ravelo LM. Revisión de las recomendaciones para enfermos reumáticos y la COVID-19. Propuesta para los pacientes pediátricos cubanos con enfermedad reumática y sus familiares. *Rev Cuba Reumatol.* 2020; 22(2).
- Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Protocolo de manejo de casos sospechosos y confirmados COVID-19. Versión 32.19/06/2020. [Acceso: 5 de agosto de 2020]. Disponible en: https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/p.cero_8.pdf
- Sociedad Chilena de Infectología. Síndrome inflamatorio multisistémico asociado a COVID-19. [Acceso: 5 de agosto de 2020]. Disponible en: http://www.sochinf.cl/portal/templates/sochinf2008/documentos/2020/Infografia_SIM_SOCHINF_3.pdf
- Bahl R, de Costa A, Diaz J, Edmond K, et al. Síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes con COVID-19: informe científico. OMS 15 de Mayo 2020. [Acceso: 5 de agosto de 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332191/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Multisystem_Syndrome_Children-2020.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Riphagen S, Gomez X, Gonzalez-Martinez C, Wilkinson N, Theocharis P. Hyperinflammatory shock in children during COVID-19 pandemic. *Lancet.* 2020; 395(10237):1607-1608.
- Belhadjer Z, Méot M, Bajolle F, Khraiche D, et al. Pediatric acute heart failure and SARS-CoV-2 infection. *Circulation.* 2020; 142(5):429-36.