



COVID-19: Recomendaciones para el manejo en áreas críticas pediátricas

Comité de Emergencias y Cuidados Críticos –SAP

Facundo Jorro Barón



SAP

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA

Epidemiología y clínica en pacientes pediátricos

- Cuadros clínicamente leves o moderados
- **NO** se han reportado muertes.
- *Edad de inicio*: mediana de 2 años y 1,5 meses.
- Contagio intrafamiliar.

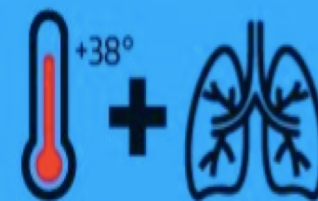
síntomas



fiebre
y tos



fiebre
y dolor de
garganta



fiebre
y dificultad
para respirar



Indicaciones de internación



Signos de insuficiencia respiratoria leve o moderada que requiera tratamiento con oxigenoterapia



Menor de un año con fiebre, cuadro respiratorio, cuadro gastrointestinal y compromiso del estado general, o riesgo social, que estuvo en contacto con caso sospechoso o probable



Mayor de 1 año:

- Dolor torácico, deshidratación, no se alimenta, trastornos del sensorio
- Grupos de riesgo
- Convivientes vulnerables

Habitación individual o cohorte

Presión negativa

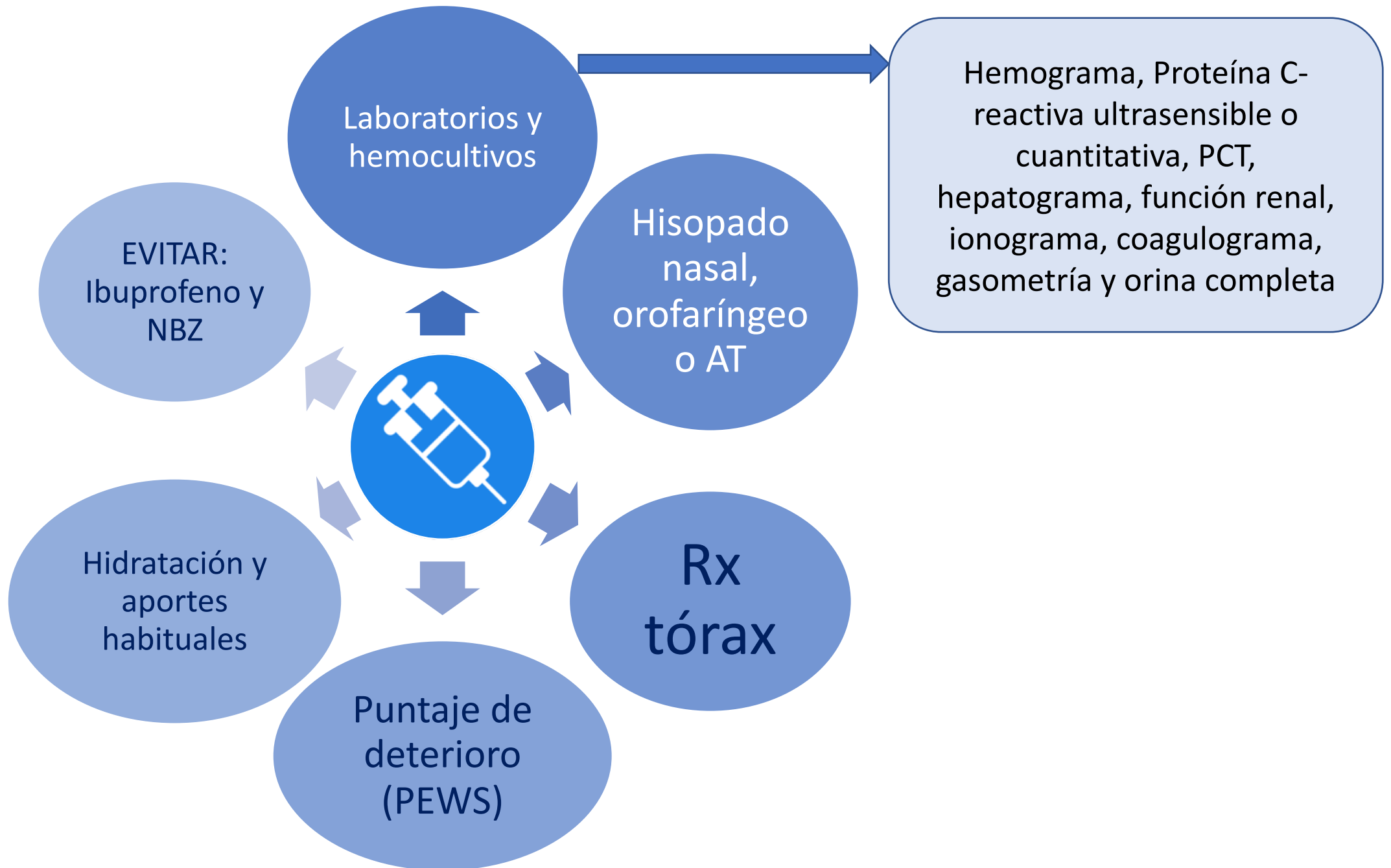
Distancia mayor 1,5 metros entre camas

Baño privado

Puerta cerrada

Familiar sin salidas





Ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

- IRAB con criterios de gravedad, o con manifestaciones extrapulmonares asociadas a cuadros graves
- Deterioro progresivo
- Shock séptico
- Fallo multiorgánico
- SDRA



Procedimientos con alto riesgo de aerolización



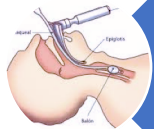
Cánula nasal de flujo alto



Ventilación con bolsa-máscara



CPAP/BiPAP



Intubación endotraqueal / vía aérea quirúrgica

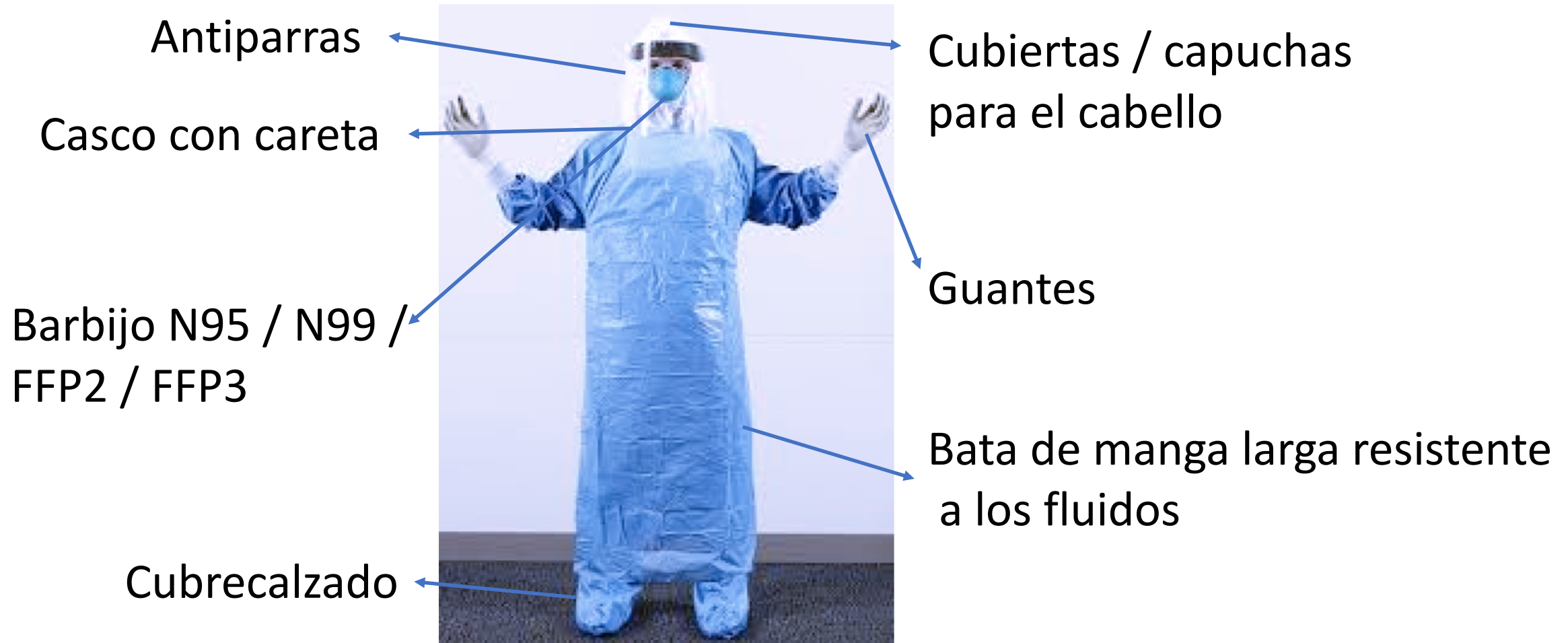


Broncoscopía



Endoscopía gastrointestinal

En UCI para procedimientos con alto riesgo de aerolización extremar las medidas de protección personal:



Lista de verificación de preparación de la UCI



Intubación Endotraqueal

Preoxigene

- FiO₂ del 100% durante 5 minutos
- Máscara facial con bolsa de reservorio, asegurándose el sellado de la misma.

Proveedor capacitado y experimentado

- Precauciones estrictas de contacto respiratorio
- EPI de tercer nivel

Secuencia de intubación rápida

- NO ventilación manual
- Previa identificación signos de intubación dificultosa

Intubación

- TET con balón (***inflar antes de ventilar***)
- Preferentemente un videolaringoscopio
- Usar capnógrafo

Post-intubación endotraqueal

- ✓ **Depositar** elementos reutilizables de la intubación endotraqueal en una bolsa cerrada y decontaminarlos inmediatamente.
- ✓ **Evitar** ventilación manual con mascarilla y bolsa autoinflable.
- ✓ **Minimizar** la aspiración de secreciones y toma de muestras respiratorias.
- ✓ **Usar *sistemas cerrados de aspiración.***

Asistencia Respiratoria Mecánica

pH 7,15–7,30

PEEP óptima

Presión *plateau* o
meseta <28
cmH₂O

Hipercapnia
permissiva

Ventilación en
prono

V_t: 3 a 6 mL/kg compliance pulmonar normal
5 a 8 mL/kg compliance pulmonar alterada

Prevención de complicaciones

Reducir
días ARM

- Utilice protocolos de destete
- Minimice la sedación continua o intermitente

Reducir
NAV

- Intubación oral
- Cabecera de la cama 30 – 45°
- Sistema de succión cerrado; periódicamente drene y deseche el condensado en la tubería
- Cambie el intercambiador de calor y humedad (cada 5-7 días o si está sucio)

Reducir BAC

- Lista de verificación para inserción
- Protocolo de cuidado
- Recordatorio diario de necesidad y retirada

Reducir UPP y debilidad

- Cambie de decúbito al paciente cada 2 horas
- Movilizar activamente al paciente

Reducir úlceras por estrés

- Nutrición enteral temprana
- Administre bloqueadores del receptor de histamina-2 o inhibidores de la bomba de protones en pacientes con factores de riesgo