

RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DE LA EMBARAZADA, RECIÉN NACIDO Y NIÑO CON INFECCIÓN COVID-19

MARZO DE 2020



Recomendaciones elaboradas por grupo interdisciplinario inter-sociedades científicas e intercátedras de Uruguay. Versión 25 de marzo de 2020.

Clínicas Pediátricas “A”, “B”, “C”, Facultad de Medicina, UdelaR

Diplomatura de Infectología Pediátrica, Facultad de Medicina, UdelaR

Depto. Neonatología Centro Hospitalario Pereira Rossell, Facultad de Medicina, UdelaR

Depto. Neonatología Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, UdelaR

Depto. de Emergencia Pediátrica Centro Hospitalario Rossell, Facultad de Medicina, UdelaR

Unidad de Cuidados Intensivos de Niños (UCIN) Centro Hospitalario Pereira Rossell, Facultad de Medicina, UdelaR

Cátedras de Ginecotocología “A”, “B”, “C”, Facultad de Medicina, UdelaR

Sociedad Uruguaya de Pediatría (SUP)

Sociedad Uruguaya de Neonatología y Pediatría Intensiva (SUNPI)

Sociedad Integrada de Emergencia Pediátrica del Uruguay (SIEPU)

Sociedad Ginecotológica del Uruguay (SGU)

Coordinadores:

Prof. Agda. Dra. Alicia García

Prof. Dr. Gustavo Giachetto

Prof. Agda. Dra. Mónica Pujadas

Autores:

Prof. Agda. Dra. Patricia Barrios

Prof. Dra. Fernanda Blasina

Prof. Dr. Daniel Borbonet

Prof. Dr. Leonel Briozzo

Dra. Stella Doglioti

Asist. Dr. Rodrigo Franchi

Prof. Agda. Dra. Alicia García

Prof. Agda. Loreley García

Prof. Adj. Dr. Juan Pablo Gesuelle

Prof. Dr. Gustavo Giachetto

Prof. Adj. Dra. Carolina Grela

Prof. Dr. Washington Lauria

Dr. Eduardo Mayans

Dra. Verónica Parodi

Prof. Agda. Dra. Catalina Pinchak

Prof. Dra. Catalina Pérez

Prof. Dr. Javier Prego

Prof. Agda. Dra. Mónica Pujadas

Asist. Dra. Andrea Rodríguez

Prof. Adj. Dra. Marianela Rodríguez

Prof. Agda. Anabella Santoro

Asit. Dra. Gabriela Sequeira

Prof. Adj. Dra. Valentina Silveira

Prof. Adj. Dra. Helena Sobrero

Prof. Dr. Claudio Sosa

Prof. Adj. Dr. Héctor Telechea

Prof. Adj. Dr. Gerardo Vitureira

Agradecimientos:

Ay. Juan Kenny Pujadas – Compaginación y diagramación

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| 1.Introducción..... | 4 |
| 2. Conceptos generales..... | 5 |
| 3.Diagnóstico microbiológico..... | 7 |
| 4.Modalidades de vigilancia epidemiológica..... | 8 |
| 4.1. Intensificación de vigilancia centinela..... | 8 |
| 4.2. Monitoreo de consultas en unidades móviles..... | 8 |
| 4.3. Vigilancia universal..... | 8 |
| 4.4. Vigilancia laboratorial..... | 10 |
| 4.5. Vigilancia en Fronteras..... | 10 |
| 4.6. Investigación de brotes..... | 10 |
| 4.7. Situaciones especiales..... | 10 |
| 5.Recomendaciones sobre medidas de prevención y control..... | 11 |
| 5.1. Población general..... | 11 |
| 5.2. Personal de salud..... | 13 |
| 5.2.1. Recomendaciones en áreas de emergencia..... | 15 |
| 5.2.2. Recomendaciones en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)..... | 18 |
| 5.2.3. Retiro del EPP..... | 21 |
| 5.3. Control ambiental..... | 23 |
| 5.4. Traslado a morgue y manipulación mortuoria..... | 24 |
| 6.Manejo clínico..... | 25 |
| 6.1. Consideraciones generales..... | 25 |
| 6.2. Atención de la embarazada..... | 27 |
| 6.3. Atención del recién nacido..... | 32 |
| 6.4. Atención del niño en centros de atención primaria y domiciliaria..... | 37 |
| 6.5. Atención en la emergencia pediátrica..... | 42 |
| 6.6. Atención del niño en cuidados moderados..... | 50 |
| 6.7. Atención en cuidados intensivos pediátricos..... | 53 |
| 7.Bibliografía..... | 58 |

1. INTRODUCCIÓN.

En la actualidad el mundo enfrenta una pandemia causada por una enfermedad emergente por un nuevo patógeno perteneciente a la familia de los Coronavirus. En estos últimos meses, el nuevo virus denominado SARS-CoV-2 causante de la enfermedad COVID-19, se ha expandido a nivel mundial con una transmisión muy eficiente. El 30 de enero pasado la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró esta situación como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional y el 11 de marzo se declaró pandemia. Desde el 13 de marzo se reportan casos en nuestro país.

El análisis de lo que ha ocurrido en los países que precedieron a Uruguay en la pandemia muestra que, una vez que aparecen casos, la curva epidémica es exponencial y la dispersión se acelera rápidamente.

El presente documento, elaborado por Cátedras de la Facultad de Medicina de la UDELAR y Sociedades Científicas tiene como objetivo complementar las directivas comunicadas por el Ministerio de Salud Pública (MSP) a la población general, al personal sanitario y a los prestadores en el manejo de la infección COVID 19 de la embarazada, el recién nacido y niño que tienen características propias y diferentes al adulto.

2. CONCEPTOS GENERALES.

Los coronavirus son una familia de virus ARN que pueden causar enfermedad tanto en animales como en humanos. En las personas los coronavirus producen infecciones respiratorias que pueden presentar distintos grados de severidad, encontrándose desde casos asintomáticos a enfermedad grave. Se identifican 4 tipos de coronavirus endémicos, que se asocian con enfermedad respiratoria leve y autolimitada, y hasta ahora se habían descrito dos coronavirus que causaron brotes y casos graves llamados SARS-CoV en el año 2003 y MERS-CoV en 2012. A finales de 2019, se identificó en China un nuevo coronavirus llamado SARS-CoV2, que causa la enfermedad llamada COVID-19.

El SARS-CoV-2 es un virus que está relacionado con el SARS-CoV y de allí su nombre y nomenclatura, compartiendo aproximadamente el 70% de su material genético. En función de estos hallazgos se plantea su origen en murciélagos. Los estudios realizados evidencian un número de mutaciones que apuntan a un ancestro común del que se estima que dio el salto al ser humano en noviembre de 2019. Si bien se han planteado diferentes huéspedes intermediarios, aún no se ha logrado confirmar uno en particular.

Mecanismos de transmisión.

Se identifican 3 mecanismos de transmisión:

- Principalmente a través de las **microgotas** en secreciones que genera una persona infectada al toser, hablar o estornudar.
- Por **contacto**, a través de la manos o superficies contaminadas
- Mediante la generación de aerosoles en procedimientos respiratorios **a menos de 1 metro.**

Los estudios realizados hasta la fecha indican que no se transmite por el aire a largas distancias, sino que se requiere contacto cercano (no mayor a 1-1,5 metros) con una persona infectada.

La transmisión interhumana ha sido claramente establecida, siendo la tasa de transmisión R0 de 2,7. La capacidad de propagación a través de varias regiones del planeta ha quedado bien demostrada constituyendo una pandemia. Esto

implica que la transmisión de la infección es eficaz, intensa y sostenida. Dado que se trata de un virus nuevo todos somos susceptibles.

Si bien el riesgo de contraer COVID-19 de alguien que no presente ningún síntoma es bajo se ha constatado transmisión desde personas asintomáticas. A su vez esto puede ocurrir debido a que muchas personas que contraen la COVID-19 sólo presentan síntomas leves, y en especial en las primeras etapas de la enfermedad.

El tiempo de persistencia del virus en el ambiente es variable, pero se demostró que puede eliminarse de las superficies de contacto de manera efectiva y rápida con productos como alcohol al 70% o hipoclorito de sodio 0.5-1%.

Período de incubación.

Desde el contagio con el virus hasta el inicio de los síntomas puede pasar desde menos de 1 hasta 14 días (mediana 5 días). Esto es lo que se tiene en cuenta al recomendar las medidas de prevención y control.

3. DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO.

La técnica para confirmación diagnóstica es la Reacción en Cadena de Polimerasa (RCP) con identificación del genoma viral en muestras respiratorias.

Las muestras para diagnóstico microbiológico pueden ser del tracto respiratorio superior (exudado nasofaríngeo y orofaríngeo) o del tracto respiratorio inferior (aspirado endotraqueal, especialmente en pacientes intubados). Las muestras profundas parecen tener mayor rendimiento que las del tracto respiratorio superior especialmente en pacientes con neumonía.

Si las pruebas iniciales son negativas en un paciente con una alta sospecha clínica y epidemiológica (especialmente cuando solo se han recogido muestras de tracto respiratorio superior o la muestra inicial no fue adecuada) se sugiere repetir muestras idealmente del tracto respiratorio inferior y mantener medidas de prevención.

Las muestras deben ser recolectadas por personal capacitado teniendo en cuenta todas las instrucciones de bioseguridad indicadas para los virus respiratorios. El laboratorio de la institución será el responsable del envío al Departamento de Laboratorios de Salud Pública (DLSP).

Tipos de muestra

1. Niños mayores de 5 años: hisopado nasofaríngeo e hisopado faríngeo (de pared posterior de faringe). Se deben incluir ambos hisopos juntos en el tubo con medio de transporte viral. Podrán eventualmente enviarse otras muestras acordes a la situación clínica del paciente (lavado bronquioloalveolar o aspirado traqueal).
2. Niños hasta 5 años: aspirado nasofaríngeo (ANF) con medio de transporte viral

Las muestras deben conservarse refrigeradas (4°C, no congelar) y enviarse en estrictas condiciones de bioseguridad (triple empaque).

4. MODALIDADES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.

Para conocer la situación sobre la infección y establecer las medidas de control oportunas, desde el Ministerio de Salud se llevan a cabo distintas modalidades de vigilancia.

4.1. Intensificación de vigilancia centinela.

Consiste en la ampliación de la vigilancia centinela de Infección respiratoria aguda grave (IRAG) y enfermedad tipo influenza (ETI) que habitualmente se realiza durante todo el año en centros seleccionados (puestos centinela). En las muestras obtenidas de pacientes con IRAG o ETI, se investigan en el Departamento de Laboratorios de Salud Pública (DLSP) los siguientes virus: adenovirus, virus influenza de los tipos A y B, parainfluenza, virus sincicial respiratorio y metaneumovirus. En el contexto actual, se intensificó esta vigilancia centinela incorporando el estudio de SARS- COV-2.

- **Caso de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG):** Todo paciente que presente inicio brusco de fiebre ($>38^{\circ}\text{C}$) o sensación febril, tos o expectoración, dificultad para respirar y es hospitalizado por esta causa. Los pacientes que requieren ingreso a UCI con sospecha de infección respiratoria, aun en ausencia de fiebre, deben ser incluidos como casos de IRAG.
- **Caso de Enfermedad Tipo Influenza (ETI):** Aparición súbita de fiebre superior a 38°C (documentada o manifestación de sensación febril) y tos, rinitis u odinofagia y ausencia de otras causas.

4.2. Monitoreo de consultas en unidades móviles.

Se monitorea el número de consultas a emergencias móviles por infección respiratoria y febril, a fin de identificar posible comportamiento inusual de este evento. Incluye Servicios de Emergencias Móviles de Montevideo e interior del país.

4.3. Vigilancia universal.

Todo caso sospechoso de COVID-19 se considera un “evento de Salud Pública de importancia nacional”, por lo cual es de notificación obligatoria según el

Decreto de “Enfermedades y eventos sanitarios de notificación obligatoria” (41/012). Se debe notificar en las primeras 24 horas de la sospecha del caso y por la vía más rápida posible. El Ministerio de Salud Pública es quien define los criterios de caso sospechoso y esta definición se va modificando según la fase de la epidemia en que se encuentre el país. Se debe considerar que, al momento de comunicar estas guías, dado el número de casos confirmados y la vigilancia epidemiológica, existe circulación comunitaria y múltiples cadenas de transmisión. Por tanto, Uruguay se considera un país con transmisión local. En estas condiciones, para la sospecha de COVID-19 y las medidas de prevención y control, se deberán aceptar los siguientes criterios según comunicado del MSP al 24 de marzo:

| <i>Criterio clínico</i> | <i>Criterio epidemiológico</i> | <i>Estrategia de vigilancia</i> |
|---|---|---|
| A) ETI : Fiebre y síntomas o signos de enfermedad respiratoria aguda alta y/o baja (tos, rinitis, odinofagia, disnea, aumento de la frecuencia respiratoria) | Cualquier persona que haya tenido contacto cercano* con un caso confirmado de COVID-19 y/o residencia o viaje a zonas de transmisión en los 14 días previos al inicio de los síntomas | Universal con confirmación por nexo epidemiológico únicamente + |
| B) IRAG: Fiebre y síntomas o signos de enfermedad respiratoria baja (tos, disnea, aumento de frecuencia respiratoria) que requiera internación sin etiología conocida. | No requiere | Universal con confirmación laboratorial** |

* Por contacto cercano se entiende por toda persona que permaneció a menos de dos metros de un caso confirmado de COVID-19

**Área afectada es el país o región donde existe transmisión sostenida de COVID-19. Se actualizará según la evolución de la situación epidemiológica.

+ Solo se debe remitir muestras al DLSP en personas que se desempeñen como personal de salud, bomberos, policías y militares. Se podrá solicitar por parte de vigilancia epidemiológica el envío de muestras en situaciones especiales. Ver 3.0 Vigilancia Laboratorial

++ Ver 3.0 Vigilancia Laboratorial

Vías para notificación a Departamento de Vigilancia en Salud (DEVISA)

División Epidemiología MSP.

- Teléfono: 1934 4010
- Correo electrónico: vigilanciaepi@msp.gub.uy
- Web: www.msp.gub.uy (se requiere registro con usuario. Si aún no cuenta con usuario puede solicitarlo al correo electrónico vigilanciaepi@msp.gub.uy aclarando su nombre, cédula de identidad, cargo e instituciones en las que trabaja).

4.4. Vigilancia laboratorial.

El diagnóstico de todo caso sospechoso debe realizarse en el DLSP y en los autorizados por el MSP.

La toma y envío de muestras al DLSP para confirmación de COVID-19, debe ser acordada previamente con el Departamento de Vigilancia en Salud del MSP, al momento de la notificación.

Las muestras deben ser recolectadas por personal capacitado teniendo en cuenta todas las instrucciones de bioseguridad y el equipo de protección personal apropiado para los virus respiratorios.

4.5. Vigilancia en Fronteras.

El Ministerio de Salud Pública lleva a cabo la vigilancia en la frontera según norma del reglamento sanitario Internacional.

4.6. Investigación de brotes.

Según lo que el sistema de Vigilancia considere oportuno.

4.7. Situaciones especiales.

Según prioridad para la vigilancia epidemiológica y en grupos de riesgo.

5. RECOMENDACIONES SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL.

Para establecer las medidas de prevención y control debe tenerse en cuenta los mecanismos de transmisión y la capacidad de propagación de este virus. Además, más allá de estas consideraciones, se deben adoptar las medidas generales para prevención de infecciones respiratorias.

5.1. Población general

- Distanciamiento social voluntario con aislamiento y cuarentena de las personas sintomáticas.
- Evitar el contacto con personas que están enfermas.
- Es necesario lavarse las manos con frecuencia, durante por los menos 20 segundos, con agua y jabón o usar un desinfectante para manos que contenga como mínimo un 60% de alcohol. En especial antes y después de comer, de cambiar pañales, de ir al baño, al volver de la calle.
- Tratar de no tocarse los ojos, la nariz ni la boca especialmente si no se ha lavado antes las manos.
- Evitar asistir a lugares muy concurridos.
- Mantener distancia mayor a 1 metro con personas sintomáticas.
- Retirar túnicas y/o cambiar de ropa al regresar de la escuela y el jardín.
- Limpiar y desinfectar objetos y superficies que se tocan a menudo.
- Proteger la tos/toser apoyando la boca en el antebrazo.
- Higienizar la nariz con pañuelos descartables.
- Ventilar los ambientes interiores y reforzar las medidas de higiene en el hogar.
- Evitar humo de tabaco y de estufas en ambientes.
- En especial para lactantes: alimentarlos a pecho / estimulando la lactancia y fomentar el sueño seguro (dormir boca arriba).
- Tener las vacunas al día y asegurarse de vacunarse contra la gripe todos los años.
- Evaluar los riesgos de viajes innecesarios a países o ciudades donde está ocurriendo transmisión sostenida (actualización en páginas oficiales).
- Si comienza con síntomas y éstos son leves, se sugiere realizar la consulta médica en el domicilio, utilizar alternativas como el video consulta o la

consulta médica telefónica de orientación, evitando concurrir a centros asistenciales; considere que, en una situación de eventual sobredemanda de consultas, puede existir una demora en la evaluación médica de estos casos.

A continuación, se muestra el procedimiento aconsejado de lavado de manos.

¿Cómo lavarse las manos?

Lávase las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica

0 Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



0 Mójese las manos con agua;



1 Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



2 Frótese las palmas de las manos entre sí;



3 Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



4 Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



5 Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



6 Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



7 Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



8 Enjuéguese las manos con agua;



9 Séquese con una toalla desechable;



10 Sírvese de la toalla para cerrar el grifo;



11 Sus manos son seguras.



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente
UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES
Clean Your Hands

La Organización Mundial de la Salud ha basado todas las recomendaciones contenidas en este documento en el mejor conocimiento científico disponible en el momento de su publicación. Sin embargo, el material publicado no garantiza en ningún caso, ya sea explícito o implícito, el cumplimiento de la responsabilidad de la información y del uso del producto. La Organización Mundial de la Salud no puede ser considerada responsable de los daños que pudieran resultar de su uso. La OMS agradece a los Hospitales Universitarios de Ginebra (HUG), su participación en la membresía del Programa de Calidad de Medicamentos, su participación activa en la realización de este material.

5.2. Personal de salud

- Aplicar correcta higiene de manos, así como las precauciones estándar, de contacto y por gotitas en la asistencia de los casos sospechosos y confirmados, y en caso de realizar procedimientos que generen aerosolización de partículas aplicar además precauciones respiratorias/aéreas.
- Debe aplicarse higiene respiratoria y la etiqueta de la tos en los pacientes sintomáticos, incluyendo la colocación de mascarillas quirúrgicas a los que no requieran oxigenoterapia.
- Es deseable separar la circulación de pacientes con probable infección respiratoria de los que no la tienen. Se recomienda que la espera sea la menor posible, en un área diferente a otros pacientes, para luego continuar la asistencia en habitación individual o en separación por cohortes, en áreas con ventilación adecuada.

El documento contiene recomendaciones específicas sobre el uso del Equipo de Protección Personal (EPP) en cada escenario asistencial.

En la tabla 1 se muestra las medidas de Protección individual según recomendaciones de la OMS*.

Tabla 1 – Uso de equipo de protección personal (PPE) según nivel de atención

| Tipo de atención | Higiene de manos | Batas | Mascarilla médica | Respirador (N95 o FFP2) | Gafas (protección ocular) O Protector facial (protección facial) | Guantes |
|---|------------------|-------|-------------------|-------------------------|--|---------|
| Triage | X | | X | | | |
| Toma de muestras para diagnóstico laboratorial | X | X | | X | X | X |
| Caso sospechoso o confirmado de 2019-nCoV que requiere admisión al establecimiento de salud y SIN PGA | X | X | X | | X | X |
| Caso sospechoso o confirmado de 2019-nCoV que requiere admisión al establecimiento de salud y PGA | X | X | | X | X | X |

* Cuando el triaje incluye contacto directo con el paciente se agrega bata y guantes.

Procedimientos que puedan generar aerosoles (PGA):

- Aerosolterapia.
- Toma de muestra para diagnóstico de laboratorio.
- Aspiraciones de secreciones respiratorias.
- Oxigenoterapia por cánula nasal de alto flujo.
- Ventilación manual.
- Ventilación no invasiva.
- Intubación endotraqueal.
- Toma de muestras respiratorias.
- Lavado broncoalveolar
- Traqueotomía
- Resuscitación cardiopulmonar

Regla general, en todos los escenarios se recomienda:

- Provisión de EPP adecuados y capacitación para el uso de los mismos a fin de minimizar los riesgos de transmisión al personal sanitario.
- Todo trabajador de la salud debe comprender y poder cumplir con las recomendaciones para la prevención y control de infecciones.
- Siempre se debe realizar una adecuada higiene de manos antes de la colocación del EPP y luego del retiro de cada prenda.
- Los componentes descartables del EPP no deben ser reutilizados y deben ser descartados en el contenedor adecuado.

El personal que participa directamente en la asistencia y traslado debe contar con el EPP correspondiente, que dependerá de las condiciones del paciente, a saber:

I. EPP básico:

- Mascarilla quirúrgica
- Cabello recogido (se recomienda el uso de gorro si el contacto con el paciente es prolongado en CTI, reanimación y en personal asignado a cohortes).
- Antiparras (gafas con protección lateral).
- Sobretúnica de manga larga (con adecuado puño elástico o enganche de pulgar) que cubra hasta pantorrilla, o mono integral, en ambos casos

desechable resistentes a la penetración por fluidos y por patógenos transmitidos por sangre.

- Guantes no estériles resistentes a la tracción.

II. EPP para procedimientos generadores de aerosoles (explicitados más abajo):

- Gorro y cabello recogido.
- Mascarilla N95 o FFP-3 (la misma podrá ser utilizada en más de un procedimiento generador de aerosoles por el mismo operador, debiendo para ello ser protegida en su cara externa durante su uso con mascarilla quirúrgica a descartar luego del mismo).
- Antiparras (con protección lateral) o máscara facial.
- Sobretúnica de manga larga (con adecuado puño elástico o enganche de pulgar), que cubra hasta pantorrilla o mono integral, en ambos casos resistentes a la penetración por fluidos y por patógenos transmitidos por sangre.
- Guantes no estériles resistentes a la tracción.
- Considerar uso de zapatones (no son medida de aislamiento).

5.2.1. Recomendaciones en áreas de emergencia

La circulación del personal sanitario por áreas de Emergencia donde puedan encontrarse pacientes con sospecha de COVID-19, se realizará con medidas de protección básica con mascarilla quirúrgica (fig. 1.).

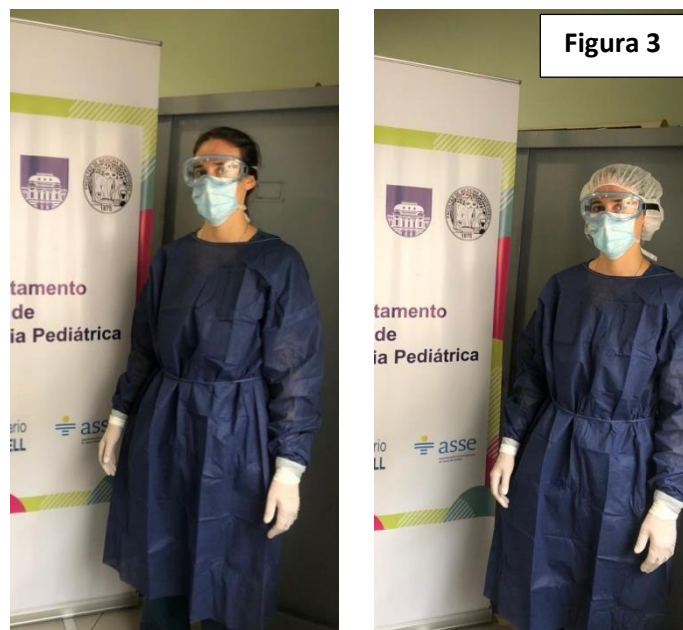


La asistencia de pacientes probable COVID-19 se realizará con el siguiente equipo de protección (fig. 2):

- Mascarilla quirúrgica
- Sobretúnica
- Guantes no estériles resistentes a la tracción.
- Cabello recogido



En caso de examen orofaríngeo o cercanía de la cara del paciente (p, ej otoscopia) se recomienda usar gafas y gorro o cabello recogido (fig.3):



El personal que realiza maniobras invasivas sobre vía aérea que generan aerosoles, tales como intubación traqueal, ventilación no invasiva, CNAF, nebulizaciones, aspiración de secreciones para toma de muestras deberá protegerse con EPP que incluya:

- Gorro
- Tapabocas N95
- Gafas
- Sobre túnica impermeable
- Guantes
- Zapatones (no es una medida de aislamiento), considerar caso individual
- Para la intubación orotraqueal agregar el uso de caretas que se recomienda en el paciente con alta sospecha o confirmado de COVID – 19 (Fig. 4) y (Fig.8).



Es recomendable que las instituciones brinden ropa para equipo de guardia, la que se debe entregar al inicio de la actividad asistencial y dejar en la institución para lavado o si es descartable, desecharla. En caso contrario, no se podrá concurrir desde el domicilio con equipos de ropa de guardia puestos. Los mismos se colocarán al inicio de la guardia, y al finalizar se los deben retirar y colocar en bolsa para llevar al domicilio para lavar. No se podrá salir del sector asistencial del hospital con equipo de guardia. Se estimula a no circular por diferentes sectores del hospital.

5.2.2. Recomendaciones en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Los pacientes en entorno de UCI presentan un conocido mayor riesgo de transmisión por lo que se deben aumentar las medidas de bioseguridad en esta área.

La institución debe contar con un sector o vestuario destinado para que el equipo de salud se coloque el equipo asistencial para ingresar a la unidad.

La circulación de todo el equipo de salud dentro de la UCI durante el período de la pandemia se realizará con medidas de protección básica (Fig 5):

- Equipo desechable o equipo institucional con lavado en la institución asistencial.
- Mascarilla quirúrgica.
- Zapatones.

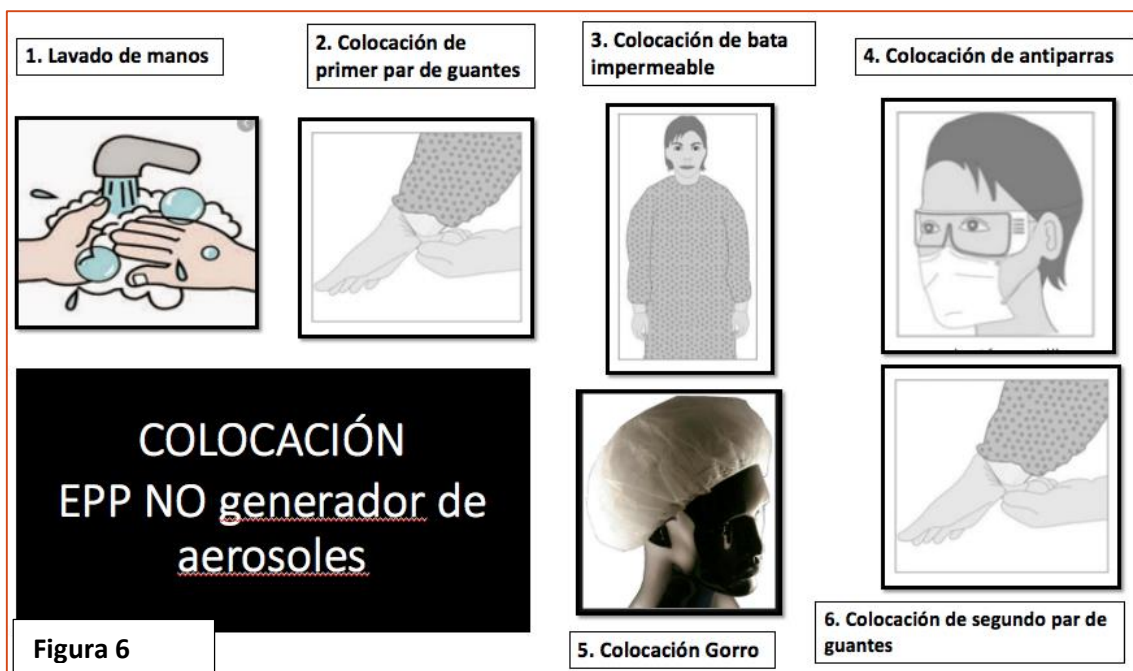


Una vez ingresado al área asistencial, cada institución deberá tener una antesala para la colocación y retiro del EPP para asistir al caso sospechoso o confirmado de COVID 19 (Fig 3 y 4).

Se debe disponer de bolsa roja para desecho de equipos descartables y recipiente para el procesamiento de los otros elementos reutilizables.

El EPP del personal que realizará actividades **no generadoras de aerosoles** incluye los siguientes elementos colocados sobre el equipo básico previamente especificado en la Fig. 5 con la siguiente secuencia:

1. Lavado de manos.
2. Primer par de guantes.
3. Bata impermeable.
4. Antiparras.
5. Gorro.
6. Segundo par de guantes de higiene (Fig. 6).



Cuando se realicen **actividades generadoras de aerosoles**, el EPP incluye los siguientes elementos colocados sobre el equipo básico previamente especificado en la fig. 5 con la siguiente secuencia (Figs. 7 y 8):

1. Lavado de manos.
2. Primer par de guantes.
3. Bata impermeable.
4. Tapaboca N 95.
5. Antiparras o protección facial completa.
6. Gorro.
7. Segundo par de guantes de higiene.
8. Para la intubación orotraqueal agregar el uso de caretas que se recomienda en el paciente con alta sospecha o confirmado de COVID-19



Las máscaras N95 son de uso individual, podrán utilizarse en más de una oportunidad, por el mismo usuario, si se asegura evitar un intercambio accidental y su conservación en condiciones adecuadas. No se recomienda un uso continuo de las mismas por un plazo superior a 4 horas a fin de evitar lesiones de apoyo.



Figura 8

Condiciones de conservación de antiparras

- Las antiparras no son descartables.
- La protección ocular se debe quitar en el box del paciente.
- Colocar en recipiente con tapa con dilución de cloro y procesar precozmente.

5.2.3. Retiro del EPP

El retiro del EPP debe tener un orden estricto y establecido para prevenir el riesgo de infección, dado que es el momento de mayor contagio del personal de salud.

El retiro del EPP en procedimientos no generadores de aerosoles se muestra en la Fig. 9 y el retiro del EPP en procedimientos generadores de aerosoles en la Fig. 10.

1. Retiro de segundo par de guantes.
2. Colocación de alcohol en gel o lavado de manos sobre el primer par de guantes.

3. Retiro de bata, (primero desate el nudo y después, ayudándose con las tiras de la misma, tire de atrás hacia adelante, enrollándola de adentro hacia fuera evitando tocar el lado contaminado, deséchela de una manera segura).
4. Colocación de alcohol en gel o lavado de manos sobre el primer par de guantes.
5. Retiro de antiparras o protección facial.
6. Colocación de alcohol en gel o lavado de manos sobre el primer par de guantes.
7. Retiro de gorro.
8. Colocación de alcohol en gel o lavado de manos sobre el primer par de guantes.
9. Retiro de Tapabocas N95 o Quirúrgico según corresponda al tipo de procedimiento.
10. Colocación de alcohol en gel o lavado de manos sobre el primer par de guantes.
11. Retiro primer par de guantes.
12. Lavado de manos.



Figura 9



5.3. Control ambiental

- Asegurar que la limpieza y desinfección ambiental se realicen de manera consistente y correcta.
- Asegurar procedimientos de lavandería, limpieza de utensilios de servicio de alimentos y eliminación de desechos médicos de acuerdo con procedimientos de rutina seguros.
- Las bandejas de comida y vajillas utilizados por el paciente, se recomienda que sean descartables. Descartar en bolsa roja dentro de la habitación.
- La manipulación y el transporte de la ropa de cama se realizará en bolsa roja, precintada y rotulada antes de introducir la misma, identificando el servicio de procedencia, fecha y turno.
- Los residuos se eliminarán en bolsa roja (previamente rotulada identificando el servicio de procedencia) dentro de la habitación.
- Asegurar la ventilación ambiental adecuada en áreas dentro de los establecimientos de salud.
- Al alta del paciente, la unidad y todo el equipo médico utilizado, como monitores, bombas, saturómetros y otros, deberán limpiarse y desinfectarse de acuerdo al protocolo de aislamiento de contacto, con posterior medición con luminómetro para seguridad en la próxima atención.

5.4. Traslado a morgue y manipulación mortuoria

En caso de muerte de un paciente, el cuerpo debe colocarse en bolsa para cadáveres completamente sellada e impermeable antes de ser retirada a la sala de aislamiento para ser trasladado a la morgue.

El EPP para realizar post mortem y traslado consta de gafas, máscara quirúrgica, sobretúnica resistentes a fluidos, dos pares de guantes resistentes y gorro.

6. MANEJO CLÍNICO.

6.1. Consideraciones generales.

No existe evidencia que las embarazadas presenten diferentes síntomas o signos o presenten un mayor riesgo de padecer COVID 19 que la población general. Sin embargo, se deberá estar alerta, dado el conocido mayor riesgo de las embarazadas de complicaciones vinculadas a infecciones virales por influenza y SARS. No existe evidencia concluyente que el embarazo pueda empeorar el curso de la enfermedad COVID 19, en especial la neumonía, pese a lo cual existen casos de muerte materna reportados.

La mayoría de las embarazadas con COVID 19 presentan cuadros sintomáticos leves o moderados. Tos seca, fiebre y falta de aire son los síntomas más frecuentes.

La transmisión del virus por vía transplacentaria durante la gestación al feto es improbable. La transmisión es más probable en la etapa neonatal, debiendo extremar los cuidados para evitarla.

A la fecha no existe evidencia que COVID 19 determine aborto o muerte fetal. La falta de evidencia de transmisión transplacentaria hace improbable que el virus determine defectos congénitos o alteraciones en el desarrollo fetal. La infección por COVID 19, según la evidencia actual, no es indicación de aborto terapéutico. La realización de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) se realizará en el marco de la Ley N° 18.987 y no se deberá retrasar.

Los casos reportados de nacimiento prematuro en gestantes con COVID 19, se relacionan generalmente a situaciones en donde se decidió finalizar la gestación por indicación materna.

El resultado de los test diagnósticos para COVID 19 no se afectan por la condición de embarazo.

La información disponible sobre la infección por SARS CoV-2 y la enfermedad COVID-19 en pediatría es escasa y se basa sobre todo en reportes y series de casos. Hasta el momento, los datos muestran que la infección es poco frecuente

en niños, constituyendo 1 -2 % del total de casos reportados. La mediana de edad es 7 años, con muy baja incidencia en lactantes.

La presentación clínica varía desde formas asintomáticas a enfermedad moderada o grave. Sin embargo, lo más frecuente es que se trate de infecciones asintomáticas o infección respiratoria leve con escasa frecuencia de hospitalización. Se están investigando los posibles mecanismos que explican la menor severidad de la enfermedad en niños. Se ha postulado menor disfunción de la inmunidad después de la infección por SARS-CoV-2 en niños. En relación a los grupos de riesgo, los reportes muestran que los individuos con mayor predisposición a formas graves son lo que tienen diabetes, cardiopatías, enfermedad pulmonar crónica e hipertensión arterial. Dada la baja incidencia en niños aún no hay evidencia que muestra que esto se replique a esta edad, pudiendo de todos modos y hasta contar con más información considerarse estos factores de riesgo también para los niños.

Por otra parte, los niños se comportan como agentes transmisores de la enfermedad en la comunidad. La mayoría de los casos confirmados fueron secundarios a su exposición a contactos familiares. Sin embargo, se puede producir el contagio de niños a adultos y se ha visto que la eliminación del virus en las secreciones respiratorias y en las heces es más prolongada en los niños con síntomas leves que en los adultos, hecho que ocasiona un gran desafío para el control de la infección.

Los niños, sobre todo los de menor edad, presentan determinadas características que dificultan el control de las infecciones y que pueden facilitar el contagio:

No controlan la emisión de secreciones y excretas: babeo, ausencia de control de esfínteres.

No son capaces de adoptar medidas de higiene personal.

Dificultad para mantener mascarilla sobre nariz y boca. Los menores de un año no deben usarla.

Dificultad para controlar sus desplazamientos y permanecer quieto en un lugar determinado, lo que imposibilita el control de los contactos adecuadamente.

Tendencia de los niños a compartir juguetes y objetos e interactuar entre ellos. La edad y la idiosincrasia propia del paciente pediátrico hacen imprescindible la figura del cuidador. Las medidas higiénicas y el aislamiento del paciente implican a todas las personas responsables de su cuidado

Por tanto es fundamental la valoración y exploración de los niños con infecciones respiratorias a fin de identificar los posibles casos por SARS Co.V2 para prevenir la transmisibilidad.

6.2. Atención de la embarazada.

Recomendaciones.

- Evitar los viajes y reducir, en todo lo posible, el contacto social. Extremar las medidas de prevención divulgadas.
- Suspender los cursos de preparación para el nacimiento en su formato presencial. Se deberán buscar alternativas para que las usuarias participen de los mismos a distancia.
- Recomendar a las embarazadas la vacunación contra la gripe una vez se inicie la campaña respectiva. Si bien la misma no protege contra el COVID 19, permitirá reducir los casos de gripe en gestantes con el consiguiente beneficio para la salud y reducción de los posibles diagnósticos diferenciales. Se recuerda además que la llegada del COVID 19 a nuestro país se da casi al inicio del periodo de mayor riesgo de infecciones respiratorias de origen viral. Se recomienda también vacunación contra la tos convulsa.
- Establecer en los servicios de puerta de maternidad sistemas de triaje para detectar rápidamente los potenciales casos de COVID 19. Todas las pacientes con síntomas sugestivos o contacto con infectados COVID 19 deberán ser testeadas. De ser positivo se debe aplicar el protocolo de aislamiento domiciliario o institucional, según la gravedad del caso. Se recomienda que el servicio de puerta cuente con un sector aislado para la valoración de estas gestantes mientras se define su destino (ingreso o pase a domicilio).

- Suspender las visitas familiares de todas las pacientes embarazadas y en el post parto.
- Promover el alta precoz de la maternidad, cuando las condiciones maternas y neonatales lo permitan.
- Las embarazadas que participen de los equipos de salud con mayor exposición al virus (personal de servicios de emergencia, atención domiciliaria y área de internación de usuarios con infección por COVID 19) deberán solicitar una adecuación de las condiciones laborales de forma de continuar tareas laborales en sectores de menor exposición y extremando las medidas de prevención indicadas.
- Dotar al personal de puerta de maternidad de los insumos necesarios para reducir el riesgo de contagio (máscaras, higiene de manos, higiene del sector, equipo de protección adecuado, etc.).
- Reducir, al mínimo necesario, el personal en contacto con usuarias internadas con infección COVID 19 probable o confirmada. Reducir al mínimo los traslados de las usuarias.
- Reducir al mínimo el ingreso y egreso de artículos de las áreas de aislamiento. Esto incluye el material necesario para los controles en salud (estetoscopio, Doptone, esfigmomanómetro, termómetros, etc.).
- El alta de la puerpera con COVID – 19 debe seguir las indicaciones de alta del puerperio y las de una persona con COVID – 19.

Embarazadas asintomáticas y sin contacto con personas con COVID-19.

1. Concurrir a los controles prenatales agendados. Se solicita concurrir a la hora asignada, sola o acompañada por una sola persona y extremando los cuidados en sala de espera. De ser posible se deberá evaluar telefónicamente si el control obstétrico presencial, en las gestaciones normales de bajo riesgo, puede ser retrasado.
2. Orientar a la usuaria sobre la importancia de la prevención, síntomas, formas de consulta y riesgos en la coyuntura epidemiológica del momento.
3. Realizar aquellas ecografías y estudios que por su edad gestacional así lo requieran (ecografía de translucencia nuchal, ecografía estructural, exudado Eβ). Las ecografías obstétricas y rutinas obstétricas que a criterio del

ginecólogo tratante se puedan posponer (por ejemplo: ecografía y rutinas del tercer trimestre) se recomienda realizarla una vez la situación epidemiológica lo permita, evitando que ello lleve a la no realización de la misma. Los laboratorios y consultorios de ecografía deberán extremar las medidas de protección y agendar las usuarias de forma de evitar el contacto entre ellas.

4. Los prestadores deberán instrumentar estrategias para:
 - Reducir los tiempos en sala de espera para realizar los controles y estudios prenatales.
 - Promover estrategias de telemedicina que reduzcan la frecuencia de los controles prenatales presenciales.

Embarazadas asintomáticas que hayan tenido contacto con personas con COVID 19 o presenten síntomas:

1. Auto aislarse (mantenerse en casa, no recibir visitas, permanecer en ambientes ventilados y aislar sus artículos de uso diario respecto al resto de la familia).
2. Solicitar la consulta médica en domicilio (médico general) donde serán evaluadas y orientadas. No se recomienda, si la situación lo permite, consultar en servicio de puerta.
3. No se requieren estudios obstétricos adicionales en los casos leves y moderados de manejo en domicilio.
4. No concurrir al control prenatal, dando aviso al servicio de salud para la orientación respecto a los cuidados vinculados a su embarazo. Se realizará consulta telefónica para evaluar sintomatología obstétrica de riesgo y orientar sobre cuidados. Se las reagendará para el control una vez superado el cuadro clínico y pasados 14 días del contacto. En casos de embarazos de riesgo se deberá evaluar el riesgo – beneficio de su concurrencia a la policlínica de alto riesgo (o similar), ecografía, laboratorio, etc. En algunas situaciones se recomienda instrumentar equipos que puedan realizar el control obstétrico a domicilio.
5. Se recomienda realizar una ecografía obstétrica pasados los 14 días del periodo de enfermedad. No existe evidencia actual que la infección por COVID 19 implique mayor riesgo de retraso del crecimiento intrauterina (RCIU).

6. La consulta en puerta de maternidad sólo se justifica ante síntomas respiratorios severos o ante sintomatología obstétrica de alarma. La usuaria deberá informar al equipo de salud la condición para la toma de las medidas pertinentes.
7. A momento actual, la Organización Mundial de la Salud (OMS) aclara que no existe evidencia disponible de ensayos clínicos aleatorizados para recomendar un tratamiento específico contra esta infección. El tratamiento será de soporte y sintomático, similar a otros cuadros gripales en la embarazada. No está indicado el uso de antibióticos.

Las embarazadas que presenten COVID 19 y requieran ingreso por razones obstétricas:

1. Deberán ir a un sector aislado de la maternidad. No se deberá demorar la atención obstétrica a la evaluación del COVID 19. Se deberá dar aviso del ingreso a neonatología. En el sector aislado de la maternidad se deberán tomar las acciones para la protección del personal de salud y del resto de los usuarios. Se permitirá solo un acompañante (que deberá ser orientado de los cuidados necesarios) y no se permitirá ninguna visita familiar.
2. En pacientes con síntomas moderados de COVID 19 y en trabajo de parto se recomienda la monitorización electrónica continua de la frecuencia cardíaca fetal. Existen reportes de casos en China de un mayor riesgo obstétrico de estos nacimientos.
3. La cesárea solo está indicada ante situaciones de grave afectación de la salud materna (insuficiencia respiratoria) y deberá ser una decisión que se valore caso a caso. Se deberán extremar las medidas para evitar cesáreas innecesarias. La vía del parto no debe modificarse ante la sola existencia de COVID 19.
4. Evaluar la conveniencia de retrasar las cesáreas electivas o inducciones de parto en las pacientes con síntomas sugestivos de infección por COVID -19 hasta confirmar la infección.
5. El personal que atienda al parto de una usuaria con COVID -19 debe llevar el equipo de protección individual adecuado, que incluye: gorro, gafas, batas impermeables, guantes y mascarillas N95.

6. En el parto sólo se permitirá la permanencia del padre o acompañante elegido por la madre.

En las embarazadas con infección COVID 19 no grave, no hay evidencia para contraindicar:

1. La ligadura oportuna de cordón.
2. El contacto materno neonatal piel a piel, manteniendo las medidas para evitar el contagio (higiene de manos, tapaboca, etc.)
3. La anestesia epidural y raquídea en las embarazadas con COVID 19
4. La realización, en caso de ser necesario, de estudios imagenológicos (RX y/o TAC de Tórax) con las medidas habituales de protección fetal a la radiación.

6.3. Atención del recién nacido.

Consideraciones generales.

Se dispone de información mínima sobre la enfermedad periparto por coronavirus SARS-CoV-2 2019 (COVID-19), a la fecha no hay evidencia de transmisión vertical, basado en las muestras negativas de líquido amniótico, cordón umbilical, flujo vaginal, hisopado nasofaríngeo neonatal o leche materna.

Se desconoce si el virus puede transmitirse a través de la leche materna; sin embargo, la transmisión de gotas podría ocurrir a través del contacto cercano durante la lactancia.

A la fecha los reportes de casos en recién nacidos son pocos y en su mayoría no son graves, por contacto con adultos infectados.

Definición de caso.

Caso sospechoso:

- Neonato hijo de una madre con infección confirmada por SARS-CoV2
- Neonato con historia de contacto estrecho* con un caso probable o confirmado.

*Contacto estrecho: Cualquier persona que haya proporcionado cuidados o que haya permanecido a una distancia menor de 2 metros a un caso probable o confirmado mientras el caso presentaba síntomas: trabajadores sanitarios, familiares o personas que tengan otro tipo de contacto físico similar.

Caso confirmado:

- Neonato con PCR positiva para SARS-Cov 2 con una segunda PCR de confirmación en un gen alternativo al de screening también positiva.

Caso probable

- Neonato en investigación cuyos resultados de laboratorio para SARS-CoV-2 no son concluyentes o solo son positivos para una de las PCRs del criterio de laboratorio.

Caso descartado

- Neonato en investigación con PCRs del laboratorio negativas

Recomendaciones

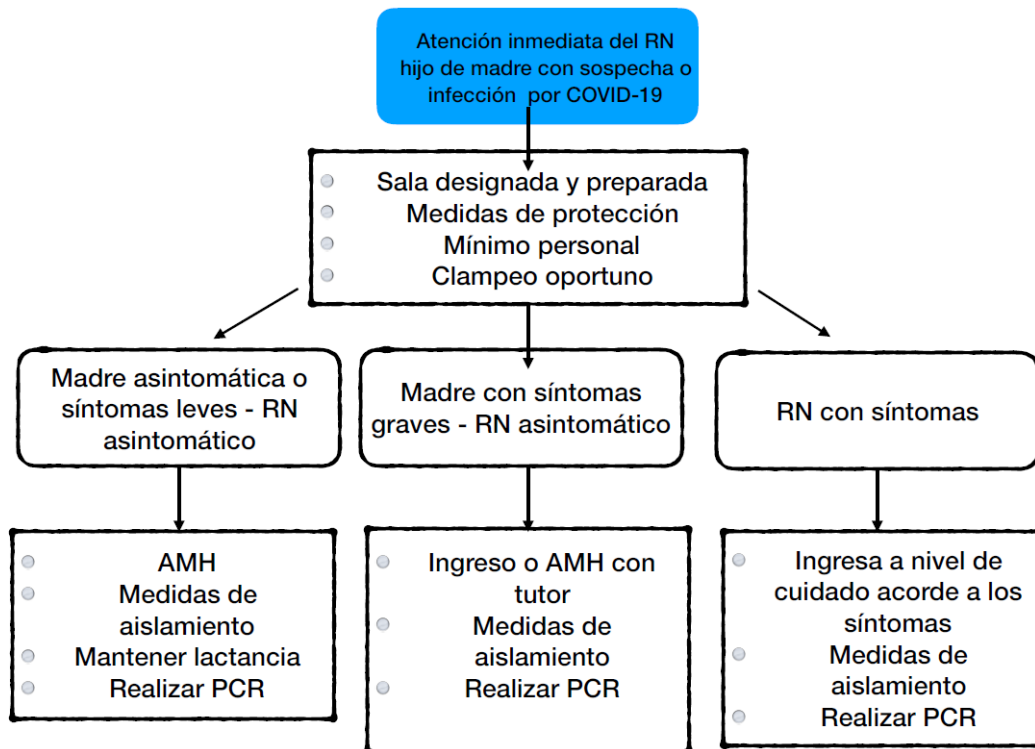
Atención inmediata del neonato hijo de madres con infección confirmada o sospechosa por SARS-COV-2.

- Se contará con sala exclusiva para su atención en tanto sea posible, permitiendo un tiempo para la higiene profunda post parto. El personal de salud debe haber sido entrenado y contar con todo el material de protección para la adecuada asistencia de los casos (gafas, mascarilla quirúrgica común –no N95- y sobretúnica impermeable).
- Coordinación del nacimiento con equipo obstétrico, con el mínimo personal necesario.
- Sólo se permitirá la permanencia del padre o acompañante elegido por la madre.
- Ligadura oportuna de cordón dado que no hay evidencia de contraindicaciones, el recién nacido puede ser asistido como es habitual con el cordón aún intacto.
- Se limitarán las visitas a excepción del cuidador principal sano con las medidas adecuadas.
- Al igual que con todos los casos confirmados o sospechosos de COVID-19, las madres que están amamantando o practicando contacto piel con piel o cuidado de madre canguro, deben practicar la higiene respiratoria, y hacer uso de mascarilla cuando amamanta o cuida del niño, si la madre tiene síntomas respiratorios, realizar la higiene de las manos antes y después del contacto con el niño y limpiar y desinfectar rutinariamente las superficies con las que la madre sintomática ha estado en contacto

Derivación o internación del recién nacido desde sala de parto.

- En madres cursando infección de escasa severidad o asintomáticas con infección confirmada o en investigación y recién nacido asintomático, se valorará la posibilidad de alojamiento conjunto en régimen de aislamiento de contacto y gotas entre madre e hijo (higiene de manos, mascarilla facial y cuna separada a 2 metros de la cama de la madre). Se garantizará el seguimiento clínico y monitorización básica.
- Según la situación epidemiológica al alta, continúa en régimen de aislamiento domiciliario bajo seguimiento telefónico por un profesional sanitario calificado.

- En madres sintomáticas con infección severa confirmada o en investigación, el recién nacido deberá ser ingresado monitorizado clínicamente. De estar asintomático y contar con cuidador el recién nacido podrá ingresar a alojamiento conjunto en régimen de aislamiento.



Lactancia materna.

La lactancia materna protege contra la morbilidad y la muerte en el período post-neonatal, su protección es particularmente fuerte contra las enfermedades infecciosas mediante la transferencia directa de anticuerpos y otros factores anti-infecciosos. Por lo tanto, se debe actuar según recomendaciones estándar de alimentación del lactante con las precauciones apropiadas para la prevención y control de la infección. Debido a que el inicio temprano de la lactancia mejora los beneficios, las madres que no pueden iniciar la lactancia durante la primera hora después del parto aún deben recibir apoyo para amamantar tan pronto como puedan.

Las madres sintomáticas que están amamantando deben practicar higiene respiratoria, en todo momento incluso durante la alimentación del niño: uso de una mascarilla quirúrgica, higiene de manos antes y después del contacto con el

niño, limpieza y desinfección rutinariamente las superficies con las que la madre sintomática ha estado en contacto. Se proporcionará información a la familia sobre beneficios y riesgos de lactancia natural según la evidencia actual.

En situaciones en las que una enfermedad grave en una madre con COVID-19 u otras complicaciones le impide cuidar a su bebé o le impide continuar amamantando directamente, se debe alentar y apoyar para que extraigan leche, para administrar pecho ordeñado la cual se administrará de forma segura al bebé mientras se aplican medidas apropiadas de prevención y control de la infección.

Manejo de un recién nacido sospechoso

Recién nacido sospechoso asintomático

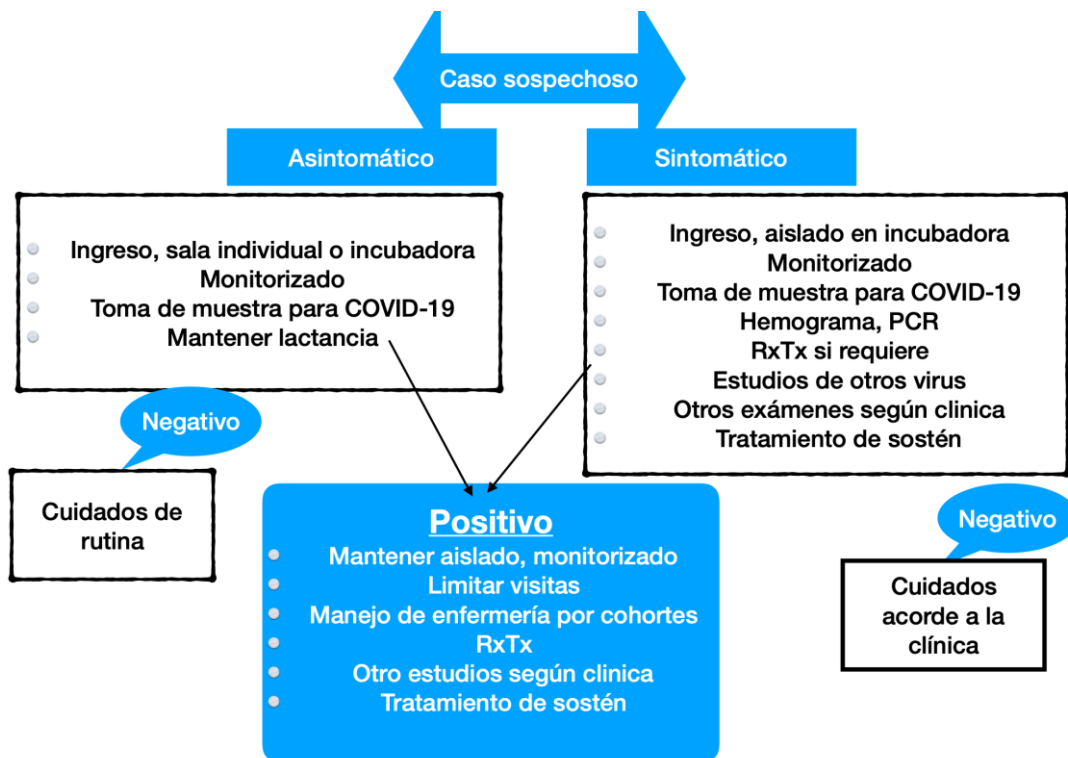
- Ingreso en una habitación individual junto a su madre con medidas de aislamiento de contacto y por gotas.
- Monitorización (Frecuencia cardíaca, Frecuencia Respiratoria, temperatura axilar, presión arterial y saturación de O₂) sumado a la vigilancia clínica.
- Alimentación (ver apartado lactancia materna).
- Visita se limitará al cuidador/a principal sano que utilizará las medidas de aislamiento establecidas.
- Se tomarán muestras virológicas (ver muestras recomendadas para el diagnóstico) y los controles analíticos que se consideren.

Recién nacido sospechoso sintomático

- Ingreso en cuidado intermedio o intensivo de acuerdo a condición clínica, con medidas de aislamiento de contacto y por gotas (uso de incubadora).
- Monitorización (Frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura axilar, presión arterial y saturación de O₂) sumado a la vigilancia clínica.
- Toma de muestras virológicas (ver muestras recomendadas para el diagnóstico) y los controles analíticos que se consideren.
- Valorar la realización de estudios de imagen especialmente radiografía de tórax (RxTx) de acuerdo a la sintomatología.
- La visita se limitará al cuidador/a principal sano que utilizará las medidas de aislamiento establecidas.
- El manejo clínico no difiere del de cualquier neonato con la misma sintomatología, aplicando las medidas terapéuticas que precise. En casos de

fallo respiratorio agudo grave, se valorará el uso de surfactante a dosis habituales, ventilación de alta frecuencia y/u óxido nítrico inhalado.

- Los padres y cuidadores que necesiten separarse de sus hijos, y los niños que necesiten separarse de sus cuidadores principales, deben tener acceso a trabajadores de salud debidamente capacitados en salud mental y apoyo psicosocial.



Criterios al alta del recién nacido con COVID-19.

- **Casos asintomáticos:** dos controles de PCR negativos en exudado nasofaríngeo separados al menos 24 horas.
- **Casos leves:** ausencia de fiebre en los 3 días previos, mejoría clínica y dos controles de PCR negativos en exudado nasofaríngeo separados al menos 24 horas.
- **Casos graves:** ausencia de fiebre en los 3 días previos, mejoría clínica y de la RxTx y dos controles de PCR (vía aérea superior e inferior) negativos separados al menos 24 horas. La duración de las medidas de aislamiento y de separación madre-hijo, se deberán analizar de forma individual en relación

con los resultados virológicos del niño y de la madre y según las recomendaciones del equipo de vigilancia epidemiológica.

Tras el alta hospitalaria del recién nacido, que se otorgará en el menor tiempo posible, se recomienda el control en domicilio (personal de salud capacitado con equipamiento adecuado), con el objetivo de minimizar la exposición del recién nacido a grupos de personas eventualmente infectadas. Se dispondrá de una línea telefónica institucional para la evacuación de dudas que puedan surgir post alta, dando continuidad asistencial remota. Sólo en casos excepcionales, en los que no se consiga controlar al neonato en los primeros 10 días post-alta, se recurrirá a la consulta presencial en un consultorio específico para el control en el primer mes de vida sin contacto con otros pacientes pediátricos.

6.4. Atención del niño en centros de atención primaria y domiciliaria

Recomendaciones en centros de atención primaria

- Colocación de información visual (carteles, folletos, digital, etc.) en las salas de espera de los centros de atención primaria (CAP), adaptada a los pacientes pediátricos con las instrucciones necesarias sobre el lavado de manos, higiene respiratoria y de tos.
- En las salas de espera no habrá materiales como juguetes, libros u otros utensilios que los niños puedan compartir y en los que no se pueda garantizar que se cumplan las normas de limpieza e higiene de material recomendadas.
- Las instalaciones (salas de espera y consultorios) deberán contar con alcohol gel y piletas con agua y jabón para adecuada higiene de manos.
- Los pacientes pediátricos que acudan a los CAP con síntomas de infección respiratoria aguda deben recibir y ponerse una mascarilla quirúrgica, si es posible.
- En el caso de niños muy pequeños, menores de 1 año, que no pueden utilizar mascarilla, deberán mantenerse en los coches, sillas o sistemas de retención de bebés y apartados de los demás pacientes.
- Los niños mayores de un año que no toleren la colocación de una mascarilla se deben mantener alejados, al menos, dos metros del resto de los pacientes.
- Considerar, si es imposible hacer una contención razonable y en determinados escenarios o entornos clínicos especialmente susceptibles,

que los pacientes médicamente estables puedan optar por esperar en un vehículo personal o fuera del CAP, donde pueden ser contactados por teléfono móvil cuando sea su turno para ser valorados.

- En cualquier caso, todos los acompañantes de los niños con síntomas de sospecha de COVID19 u otra infección respiratoria deberán utilizar mascarilla.
- Los familiares o acompañantes deberán facilitar y ayudar a los niños a utilizar adecuadamente la solución hidroalcohólica que estará al alcance de la población y del personal.
- Dadas las características de la población pediátrica y considerando la dificultad de contención, se recomienda asegurar una clasificación rápida y la separación de los pacientes con síntomas de sospecha de COVID-19 u otra infección respiratoria (p. ej., fiebre, tos) del resto. Para ello se deben establecer e implementar sistemas de triaje efectivos, ya sean telefónicos o en la zona administrativa, realizando una encuesta con criterios clínicos y epidemiológicos.
- Los niños y acompañantes que puedan ser considerados, por clínica y epidemiología, como casos sospechosos de infección o hayan sido contacto de pacientes con COVID-19 deberán ser aislados en la sala que el centro sanitario haya establecido para tal efecto.
- Se recomienda minimizar las consultas presenciales y planificar e implementar sistemas de comunicación con los pacientes a los efectos de garantizar la continuidad asistencial y realizar el seguimiento de aquellos con mayor riesgo.

Identificación de caso sospechoso

El procedimiento de identificación debe comenzar en el primer contacto con los pacientes que acuden a los CAP donde se debe determinar si el paciente cumple con la definición de caso sospechoso. Esto ocurre en general en la zona administrativa del centro.

La definición de caso puede ser modificada, por lo que se recomienda siempre revisar la última definición disponible en las guías del MSP.

Atención en la zona administrativa.

- A cualquier paciente con sintomatología de infección respiratoria que acude a un CAP se le ofrecerá una mascarilla quirúrgica. En el caso niños que no puedan utilizar mascarilla, seguir recomendaciones citadas antes.
- Se derivará a la zona previamente definida para la atención de estos pacientes. Si la zona designada es un consultorio, la puerta deberá permanecer cerrada y sólo accederá el personal esencial para la atención y cuidado del paciente.
- Tanto el niño como el personal que lo traslade y el acompañante llevarán mascarilla quirúrgica.
- Los niños siempre deberán permanecer con un solo acompañante.

Atención en consultorio.

- Al asistir un caso sospechoso de Covid-19 se deberá utilizar equipo de protección personal de acuerdo a normas de bioseguridad (ver apartado correspondiente).
- Se valorarán los criterios de severidad clínica para decidir su derivación a un centro hospitalario o el seguimiento domiciliario. Se aplican los mismos criterios de gravedad que se definen en la atención en Servicios de Emergencia (ver apartado correspondiente).
- En la figura 1 se muestra el flujograma de atención de un niño en función de la valoración del tipo y severidad de la infección respiratoria (IRA), independientemente de si sospecha o no Covid- 19.
- El seguimiento domiciliario exige un entorno adecuado que garantice la supervisión por un adulto responsable, en condiciones que permitan cumplir las medidas de prevención y protección.
- En relación al traslado, si el niño tiene buen estado general, no presenta criterios de gravedad, y los padres o cuidadores disponen de vehículo propio, se podrá valorar el traslado por sus medios. En ningún caso, se podrá utilizar transporte público. Resulta importante la comunicación previa con el centro asistencial al que se deriva.
- Se procederá a la notificación urgente de todo caso sospechoso al MSP.

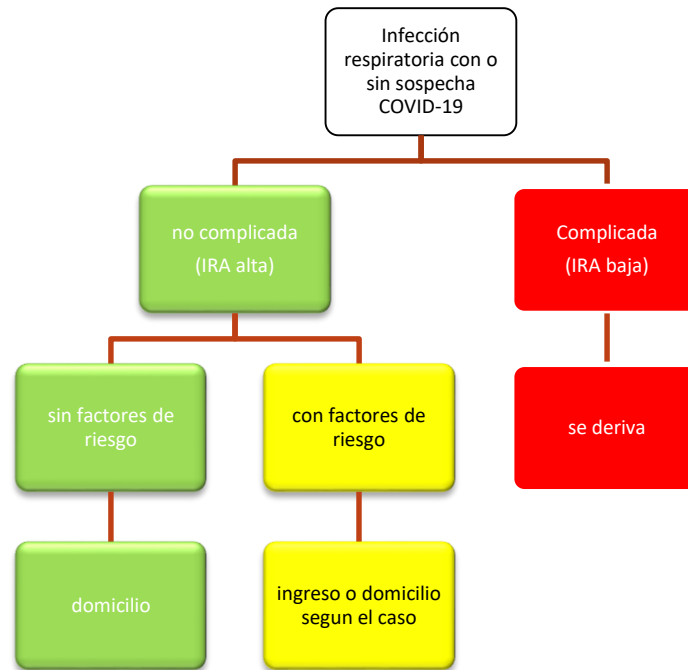


Figura 1. Flujograma de atención de niño con IRA con y son sospecha Covid-19. Los criterios de IRA complicada y no complicada se muestran en el cuadro Síndromes clínicos asociados con Infección Respiratoria viral aguda (pág. 45)

Administración de fármacos en el centro.

- En los casos en investigación y confirmados se evitará la administración de aerosoles.
- En caso de ser necesaria la administración de fármacos inhalados solo se utilizarán cámaras y dispositivos IDM con o sin mascarilla o dispositivos de polvo seco en función de la edad del paciente. Será el propio paciente o sus familiares los que administrarán la medicación.
- Ante la imposibilidad de identificar correctamente los pacientes con sospecha de Covid-19, se recomienda evitar en lo posible la administración de aerosoles.
- Se evitará la aspiración de secreciones. De ser necesario, se deben utilizar las medidas de prevención recomendadas (ver apartado de Protección del personal)

Recomendaciones en atención domiciliaria

Este es un recurso asistencial recomendado para evitar la aglomeración de pacientes en los CAP.

En todos los casos requiere de un correcto triaje telefónico dirigido a separar las consultas de pacientes por síntomas respiratorios de aquellas por otros motivos, y a clasificar la severidad de la situación clínica. En función de ello, se procederá al traslado de personal al domicilio o brindar recomendaciones u orientaciones telefónicamente.

En todos los casos que se requiera atención domiciliaria por síntomas de infección respiratoria se seguirán las medidas de protección respiratoria y de contacto que se presentan en estas recomendaciones.

Recomendaciones en atención prehospitalaria

Al recepcionar solicitud de atención prehospitalaria, se debe detectar si se trata de caso probable COVID-19 según definición del MSP actualizada o si existe en el domicilio algún conviviente con síntomas respiratorios, e informar al equipo que va a asistir a domicilio de esta situación para que utilice sistema de protección personal adecuado.

En los puestos fijos de los servicios de asistencia prehospitalaria se debe disponer de insumos para protección del personal de salud y mascarillas quirúrgicas para pacientes y acompañantes.

Los móviles (ambulancias, autos) deberán contar con equipos de protección personal para asistencia de pacientes con enfermedad respiratoria aguda febril o sospecha de COVID-19 y al llegar al domicilio solicitar al paciente/familiar colocarse mascarilla quirúrgica. Considerar que es difícil mantener esta mascarilla en lactantes y niños de corta edad.

En caso de asistencia de paciente de alta sospecha COVID-19 y traslado del mismo, el equipo deberá utilizar las medidas de protección personal que se recomiendan en este documento.

Al finalizar atención el móvil deberá ser higienizado según normas.

Se notificará a Cabina de los casos sospechosos.

La asistencia de pacientes sin síntomas respiratorios no requiere medidas especiales de protección personal sino medidas estándar.

6.5. Atención en la emergencia pediátrica

Consideraciones generales

Una de las puertas de entrada al sistema sanitario de los casos de COVID-19 es la urgencia hospitalaria. En el ámbito de alta demanda asistencial en la que se encuentran los Servicios de Urgencias, el triaje tiene como objetivo identificar y priorizar al paciente más grave. Al tratarse de una enfermedad transmisible se deben extremar las precauciones. En este momento, se considera que existe transmisión en la comunidad y, por tanto, cualquier niño o adolescente que consulte con fiebre y/o síntomas de infección respiratoria es sospechoso de estar infectado por SARS-CoV-2. Estos pacientes pueden presentarse con distintos niveles de gravedad y, en muchos casos, no precisarían ser atendidos con prioridad alta. En el triaje, la toma de los 4 signos vitales tradicionales (temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria) puede suponer un riesgo de transmisión para el personal sanitario y el público en general. La evaluación clásica en el ámbito de Urgencias de “ABCDE” también plantea problemas al emplazarse la “E” de exposición y exploración en el último lugar.

Recomendaciones

Existen diversas propuestas de abordaje como son “constante vital 0” o “herramienta de detección en triaje: **“Identificar – Aislar – Informar”**”.



La “constante vital 0” hace referencia a la necesidad de realizar una rápida detección de situaciones de riesgo epidémico antes de pasar a la toma de los signos vitales en el triaje.

El procedimiento de identificación comienza en el primer contacto con los pacientes que acuden a los Servicios de Urgencias.

Se recomienda crear un **sistema de pre-triaje** en lo posible instalaciones situadas fuera o a la entrada del centro asistencial para establecer dos flujos de pacientes:

- Con fiebre y/o síntomas de infección respiratoria (a partir de ahora, **“pacientes posibles COVID-19”**)
- Sin fiebre ni síntomas respiratorios (el resto de los pacientes).

Se procurará que los dos flujos de pacientes no compartan espacio físico y sean atendidos por equipos sanitarios distintos.

Los “pacientes posibles COVID-19” y sus acompañantes deben portar mascarilla quirúrgica.

Se permitirá un solo acompañante por niño.

Se recomienda tener dos puestos de triaje, con salas de espera, áreas de evaluación y tratamiento incluida radiología separadas para cada flujo de pacientes.

Teniendo en cuenta las dificultades que existen para realizar una separación perfecta entre ambos flujos de pacientes, se deben extremar las medidas de protección básicas para la evaluación de todos los casos. Cada servicio de salud adaptará estas recomendaciones en función del número de consultas y las características edilicias.

En las salas de espera se extremarán medidas para evitar contagios:

Se recomienda:

- Establecer una distancia mayor a 1 metro entre pacientes
- Quitar materiales como juguetes, libros u otros objetos

- De ser posible concurrir con un acompañante menor de 60 años y sin enfermedades de riesgo
- Utilizar sala de espera diferencial para pacientes con enfermedad respiratoria
- Utilizar mascarilla quirúrgica en los pacientes con síntomas respiratorios y en el acompañante
- Protección del equipo de salud que circula con mascarilla quirúrgica
- Disponer de información visual con instrucciones de higiene manos y respiratoria y dispensadores de soluciones hidroalcohólicas

Proceso de clasificación.

El personal que realice el triaje debe estar protegido por mascarilla, túnica y guantes.

En caso de contar con un sistema informatizado de clasificación, el RIESGO EPIDÉMICO deberá ser considerado.

Existen algunas condiciones que son marcadoras de RIESGO de enfermedad grave por SARS-CoV-2, (enfermedad crónica o debilitante, depresión inmunológica).

La presencia de dificultad para respirar, signos de deshidratación, dolor torácico, incapacidad o dificultad para alimentarse, confusión, somnolencia o convulsiones; deberán ser considerados signos de ALARMA en un paciente respiratorio probable con sospecha de COVID-19

En caso de inestabilidad con alta prioridad de atención, necesidad de soporte de la vía aérea, reanimación con fluidos, etc. se colocará en la unidad que se destine para la estabilización y reanimación.

Para la **atención de pacientes respiratorios** se recomienda:

- Mantener distancia de seguridad entre pacientes/acompañante mayor a 1 metro.
- Que cada servicio de urgencia disponga de áreas de atención diferenciales: unidad de terapia inhalatoria, observación, atención rápida, aislamiento.
- Realizar todos los traslados con el paciente y familiar con mascarilla quirúrgica.

Para la atención de **pacientes no respiratorios** se recomienda:

- Evaluación con la misma estrategia y derivación a las áreas respectivas.
- Si no se cuenta con áreas específicas y comparten áreas con pacientes sospecha de COVID-19, deberá ofrecerse protección (uso de mascarilla quirúrgica).

Los pacientes que arriban en ambulancia serán asistidos con los mismos criterios.

Valoración por médico de guardia.

Establecer la severidad del cuadro clínico de acuerdo a la siguiente tabla para determinar el lugar de asistencia en el Servicio de Emergencia y la conducta a tomar, aplicando además el Triángulo de Evaluación Pediátrica, constantes vitales y evaluación de riesgo:

Síndromes clínicos asociados con infección respiratoria viral aguda. Manejo clínico de pacientes con enfermedad por el nuevo coronavirus (COVID-19).

| | |
|---|---|
| Infección no complicada | <ul style="list-style-type: none"> • Infección del tracto respiratorio superior • No existen signos de deshidratación, sepsis o dificultad respiratoria. |
| Infección leve de vías bajas ₁ | <ul style="list-style-type: none"> • Tos, dificultad respiratoria con taquipnea, pero sin signos de gravedad clínica o neumonía severa. • Criterios de taquipnea (en respiraciones / min): < 2 meses ≥60 RPM 2–11 meses, ≥50 RPM 1–5 años, ≥40 RPM Adultos/adolescentes > 30 RPM • SaO₂ >94% al aire. • Pueden o no tener fiebre |
| Infección grave de vías bajas ₂ | <p>Tos o dificultad respiratoria y al menos uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cianosis central o SaO₂ <94 % al aire • Dificultad respiratoria severa: quejido, aleteo nasal, tiraje supraesternal, retracción torácica severa o disociación toraco-abdominal. • Incapacidad o dificultad para alimentación • Produce disminución del estado de conciencia, letargo o pérdida de conocimiento o convulsiones. • Taquipnea severa (en respiraciones/min): ≥70 rpm en menores de 1 año; ≥50 rpm en mayores de 1 año. • Gasometría arterial: paO₂ < 60 mmHg, paCO₂ > 50 mmHg. |

| | |
|--|--|
| Otras manifestaciones asociadas a cuadros graves | <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos de la coagulación (tiempo prolongado de protrombina y elevación de dímero-D), daño miocárdico (aumento de enzimas miocárdicas, cambios de ST-T en el electrocardiograma, cardiomegalia e insuficiencia cardíaca), insuficiencia renal, disfunción gastrointestinal, elevación de enzimas hepáticas y rhabdomiólisis. |
| Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA)³ | <ul style="list-style-type: none"> • Inicio: nuevo o empeoramiento del cuadro en los 10 días previos. • Rx tórax, TC o ECO: Nuevo(s) infiltrado(s) uni/bilaterales compatibles con afectación aguda del parénquima pulmonar. • Origen edema pulmonar: insuficiencia respiratoria en ausencia de otra etiología como fallo cardíaco (descartado por ecocardiografía) o sobrecarga de volumen. • Alteraciones en índices de Oxigenación (ver protocolos UCIP) |
| Sepsis ⁴ | <p>Infección sospechada o comprobada y ≥ 2 criterios de SIRS, de los cuales uno debe ser temperatura anormal o recuento leucocitario anormal (los otros 2 criterios son taquipnea y taquicardia o bradicardia en < 1 año).</p> <p>Es grave si presenta disfunción cardiovascular, SDRA o ≥ 2 disfunciones del resto de órganos.</p> |
| Shock séptico ⁵ | <p>Sospecha infección (puede tener hipotermia o hipertermia) y presenta signos de hipoperfusión periférica como hipotensión (PAS $<$ percentil 5 o $>$ 2 DE por debajo de lo normal para la edad) o 2-3 de los siguientes: estado mental alterado; taquicardia o bradicardia (FC $<$90 lpm o $>$ 160 lpm en lactantes y FC $<$70 lpm o $>$ 150 lpm en niños); relleno capilar lento ($>$ 2 segundos) o piel caliente vasodilatada con pulsos saltones; taquipnea; piel moteada o erupción petequeal o purpúrica; lactato aumentado, oliguria.</p> <p>Si requiere drogas vasoactivas para mantener una tensión arterial y perfusión adecuadas tras una correcta expansión de volumen.</p> |

1 Equivalente a neumonía leve de la OMS. 2 Equivalente a neumonía grave de la OMS. SIRS: Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. VNI: ventilación no invasiva, PAS: presión arterial sistólica, DE: desviación estándar. FC: frecuencia cardíaca. / 3 Khemani RG, Smith LS, Zimmerman JJ; et al. Pediatric Acute Respiratory Distress Syndrome: Definition, Incidence, Epidemiology: Proceedings from Pediatric Acute Lung Injury Consensus Conference. *Pediatr Crit Care Med* 2011;16(Suppl 5):523-40. / 4 Goldstein B, Giroir B, Randolph A, International Consensus Conference on Pediatric Sepsis. International pediatric sepsis consensus conference: definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics. *Pediatr Crit Care Med* 2005; 6:2-8. / 5 Davis AL, Carcillo JA, Aneja RK, et al. American College of Critical Care Medicine Clinical Practice Parameters for Hemodynamic Support of Pediatric and Neonatal Septic Shock. *Crit Care Med* 2017; 45:1061-93.

Tratamiento.

Las medidas terapéuticas iniciales a instaurar dependerán de la gravedad clínica y no difieren de las de otras infecciones respiratorias.

Se recomienda evitar en lo posible cualquier medida que genere aerosoles e incremente la difusión del virus, como la administración de fármacos mediante nebulización o el uso de dispositivos de oxigenoterapia en alto flujo en sectores abiertos sin protección personal.

La administración de broncodilatadores se debe realizar utilizando IDM con espaciador. Los broncodilatadores están indicados en crisis asmática, crisis broncoobstruccion y algunos autores consideran prueba terapéutica en bronquiolitis (primer episodio en menores de 2 años).

No hay evidencia que indique agravamiento o peor pronóstico con el uso de ibuprofeno u otros AINEs. No se recomienda suspender tratamientos crónicos con ibuprofeno. En caso de iniciar un fármaco para dolor o fiebre, se utilizarán los fármacos habituales en estas indicaciones.

Al no existir un patrón clínico específico COVID-19, se recomienda utilizar los criterios habituales, para decidir la hospitalización de los **“pacientes posibles COVID-19”**:

- Triángulo de evaluación inestable después de primeras medidas terapéuticas
- Insuficiencia respiratoria
- Alteraciones hemodinámicas
- Dificultad para alimentarse, vómitos
- Alteraciones neurológicas
- Radiografía de tórax patológica + trabajo respiratorio
- Sospecha de sepsis
- Alteraciones de medio interno
- Sospecha de infección bacteriana
- Patología crónica subyacente

En pacientes con insuficiencia respiratoria o shock deberá iniciarse oxigenoterapia suplementaria con una mascarilla con filtro de exhalado, si es posible, ajustando el flujo hasta alcanzar una saturación de oxígeno capilar adecuada a la edad y estado del paciente.

En insuficiencia respiratoria, se evaluará la oxigenación por cánulas nasales de alto flujo, ventilación no invasiva o ventilación invasiva dependiendo de la severidad

Todas estas generan aerosoles, con mayor riesgo para el equipo de salud, por lo que deben seguirse las recomendaciones de protección personal.

Al aplicar oxigenación por medio de cánula de alto flujo (CNAF), debe tenerse en cuenta la generación de aerosoles, por lo que una vez iniciada la técnica y hasta saber el resultado de estudio virológico para SARS-CoV-2 deberán mantenerse las medidas de protección personal del equipo de salud.

Al realizar VNI se recomienda un adecuado sellado de la máscara, para evitar fugas y la utilización de circuito respiratorio con rama exhalatoria con filtro antibacteriano –antivírico de baja resistencia.

Al realizar intubación orotraqueal se recomienda:

1. Lavado de manos
2. Disponer de kit de equipo de protección personal para 2 a 4 personas
3. Delimitar roles y personal que va a participar en la asistencia directa.
4. Preparar fármacos y equipos a utilizar.
5. Planificar maniobra.
6. Colocar filtro antibacteriano en la bolsa resucitadora.
7. Utilizar circuito cerrado de aspiración.
8. Pre oxigenar con máscara durante al menos 5 minutos.
9. Utilizar flujos de O₂ lo más bajos posible.
10. Evitar ventilar manualmente; en caso de no ser posible; ajustar la máscara de la bolsa resucitadora con las 2 manos para evitar fuga de aerosoles.
11. Aplicar secuencia de intubación rápida,
12. Evitar desconexiones del circuito; en caso de ser necesario se deberá poner el respirador en “standby” y clamplear la tubuladura
13. Descartar en forma adecuada el material contaminado
14. Higiene de manos al finalizar la maniobra
15. Se realizará limpieza terminal de la unidad; según protocolo.

En el caso de shock séptico deberá administrarse antibioterapia de manera precoz, y seguir las recomendaciones del ACCCM - American College of Critical Care Medicine Clinical Practice Parameters for Hemodynamic Support of Pediatric and Neonatal Septic Shock. Davis et al. Critical Care Med (2017) 2017; 45(6):1061-93. y de la Surviving Sepsis Campaign 2020. Weiss et al. Surviving sepsis campaign international guidelines for the management of septic shock and

sepsis-associated organ dysfunction in children. Intensive Care Med. 2020;46(Suppl 1): S10–S67.

La realización de otras pruebas complementarias se decidirá atendiendo a los criterios clínicos habituales utilizados en el manejo de cuadros respiratorios en Urgencias. Se recomienda evitar en lo posible la toma de muestras respiratorias, como lavado nasofaríngeo, o frotis faríngeo o nasofaríngeo, sobre todo en los casos leves, incluyendo la toma de muestras para la realización de test rápidos de virus estacionales. Estas deberán tomarse a los pacientes que serán admitidos y/o presentan insuficiencia respiratoria.

Si el paciente presenta criterios de gravedad se valorará la necesidad de ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos (ver criterios de ingreso a UCI)

Deberá realizarse un manejo conservador de la fluidoterapia en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda grave cuando no existe evidencia de shock, ya que una reanimación agresiva con fluidos podría empeorar la oxigenación.

No deben administrarse de forma rutinaria corticoides sistémicos para el tratamiento de la neumonía viral a no ser que éstos estén indicados por alguna otra razón p. ej. crisis asmática.

Valorar en el diagnóstico diferencial otras posibles etiologías que justifiquen el cuadro clínico (gripe estacional, otros agentes virales, o para una infección respiratoria de origen bacteriano). El aumento de la procalcitonina puede ser un indicador de infección bacteriana.

Traslado intrahospitalario del paciente probable COVID-19.

Es recomendable tener un circuito preestablecido y destinar un sólo ascensor para el traslado de pacientes respiratorios.

Equipos de protección en pacientes con oxigenación por catéter nasal o máscara de oxígeno:

- Paciente con mascarilla quirúrgica
- Acompañante con mascarilla quirúrgica
- Personal sanitario (médico y enfermero: mascarilla quirúrgica, bata, guantes diferentes a los que venía usando en box de atención)

Equipos de protección en pacientes en AVM, VNI, OAF:

- Ventilador de traslado con las precauciones al conectar y desconectar el paciente (pinzar previamente la sonda endotraqueal). Se desaconseja la ventilación bolsa –máscara. Asegurarse que el balón de la sonda endotraqueal esté insuflado.
- VNI / CNAF: al utilizar éstos, se generan aerosoles que se distribuyen sobre la cama del paciente por lo que el personal de salud debe utilizar equipo de protección completo
- Mascarilla N 95 cubierta por tapabocas quirúrgico, gorro, gafas, guantes, y sobretúnica (diferente a la utilizada durante la atención inicial)
- El acompañante utilizará mascarilla quirúrgica.

En todos los casos, los insumos como balón de oxígeno, monitores, saturómetro y cama del paciente serán desinfectados al llegar a la unidad siguiendo las normas de limpieza establecidas.

Los insumos descartables como sábanas, tubuladuras de oxígeno, catéteres nasales, equipos de protección utilizados serán descartados en bolsa roja dentro de la unidad del paciente.

El ascensor deberá ser higienizado inmediatamente al traslado siguiendo las normas establecidas.

6.6. Atención del niño en cuidados moderados.

Criterios de ingreso.

Se aplican los mismos criterios de ingreso que para otras infecciones respiratorias.

Infección Respiratoria Baja (IRAB) con uno o más de los siguientes criterios:

- Saturación de oxígeno menor a 94% ventilando al aire.
- Síndrome funcional respiratorio mantenido: polipnea y/o elementos de trabajo respiratorio (quejido, aleteo nasal, tiraje alto, tiraje bajo)
- Apneas.
- Dificultad para la alimentación.
- Sospecha de coinfección bacteriana

- Sospecha de sepsis
- Factores de riesgo de mala evolución de IRAB: edad < 3 meses; comorbilidades (inmunodeprimidos, cardiopatía congénita compleja o con repercusión hemodinámica, encefalopatía crónica severa, enfermedad pulmonar crónica, pre término < 3 meses)
- Elementos de riesgo social: incapacidad de la familia para brindar los cuidados necesarios en domicilio.

Nota: Los principales factores de riesgo para la enfermedad Covid-19 no han sido totalmente definidos. Se describe mayor mortalidad en adultos portadores de enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares crónicas, diabetes e hipertensión arterial. Es por ello, que en niños se recomienda mantener como posibles factores de riesgo de mala evolución los habitualmente descritos para IRAB de otras etiologías virales.

Admisión.

- Ingresarán con un solo acompañante, en aislamiento individual respiratorio y de contacto.
- En función de las características del centro y la demanda asistencial podrán ingresar por cohortes.
- Se prohíben las visitas y se procurará evitar la rotación de acompañantes.
- El paciente y su acompañante deberán utilizar máscara quirúrgica.
- El acompañante debe cumplir con las medidas de precaución estándar, además de máscara quirúrgica, higiene frecuente de manos y uso de bata limpia (no estéril).
- Se recomienda que el personal de salud, de servicios técnicos y básicos, que asiste a pacientes con Covid- 19 probable o confirmado esté vacunado contra el virus de la influenza estacional y neumococo, según las recomendaciones vigentes (ver Guía de vacunación en situaciones especiales, MSP). Todos deberán adoptar las medidas de protección que se recomiendan en el apartado correspondiente.

Evaluación clínica y de laboratorio.

- Se realizará vigilancia de temperatura, conciencia, frecuencia respiratoria (FR), elementos de trabajo respiratorio, frecuencia cardíaca (FC), SaO₂, tiempo de re coloración, pulsos, presión arterial (PA), tránsito urinario y digestivo.
- La valoración paraclínica incluye la realización de radiografía de tórax y reactantes de fase aguda (PCR, procalcitonina), con especial atención al recuento y fórmula leucocitaria (linfopenia) y niveles de procalcitonina. En adultos la linfopenia se ha asociado con gravedad y los niveles elevados de procalcitonina con riesgo de coinfección bacteriana.
- La valoración con otros estudios (funcional hepático, crisis sanguínea, función renal, etc.) se adecuarán a la situación clínica.
- Especial atención se debe tener con la investigación de otros virus por diferentes técnicas (antígenos y/o PCR) en muestras de hisopado o aspirado nasofaríngeo. Se ha reportado coinfección en niños con otros virus en niños con COVID-19. Puede ser de utilidad para la toma de decisiones en relación a la hospitalización indicación de antivirales como oseltamivir.

Criterios de derivación a unidad de cuidado intensivo

- Insuficiencia respiratoria severa (cianosis o saturación de oxígeno menor a 90%)
- SDRA
- Deterioro progresivo que requiera medidas de soporte.
- Shock
- Sepsis grave con disfunción cardiovascular o más de dos órganos.
- Compromiso conciencia (letárgico, inconsciente o convulsiones)

Tratamiento.

Se aplican los mismos principios y criterios descritos en el capítulo Tratamiento en Servicios de Emergencia.

Criterios de egreso.

- Sin fiebre
- Tolerancia vía oral
- Estabilidad clínica durante 24 horas: Sin SFR, SaO₂ > 94% ventilando al aire
- Capaz de continuar medidas de cuidado y asilamiento domiciliario.

6.7. Atención en cuidados intensivos pediátricos

Criterios de ingreso

El ingreso a UCI requiere valoración por Pediatra Intensivista.

- Infección Respiratoria Aguda Baja Grave (IRABG)
 - Tos o dificultad respiratoria y al menos uno de los siguientes:
 - Polipnea severa (en respiraciones/min): ≥70 rpm en menores de 1 año; ≥50 rpm en mayores de 1 año.
 - Dificultad respiratoria severa: quejido, aleteo nasal, tiraje supraesternal, retracción torácica severa o disociación toraco-abdominal.
 - Gasometría arterial: PaO₂ < 60 mmHg, PaCO₂ > 50 mmHg
 - Cianosis central o SaO₂ <92%.
 - Disminución del estado de conciencia, letargo o pérdida de conocimiento o convulsiones.
- Sepsis y Shock séptico
- Otras manifestaciones asociadas a cuadros graves
 - Trastornos de la coagulación; Coagulación Vascular Diseminada (CID).
 - Compromiso miocárdico (aumento de enzimas miocárdica, cambios de ST-T en el electrocardiograma, cardiomegalia e insuficiencia cardíaca).
 - Insuficiencia renal.
 - Elevación de enzimas hepáticas.
 - Rabdomiólisis.

Admisión.

Los casos sospechosos o confirmados de COVID-19 ingresan al sector de aislamiento, provista con presión negativa y descarte individual de fluidos. Se debe llevar registro de las personas que ingresen a la habitación (nombre, cedula, teléfono)

Todos deben ingresar con un solo acompañante (madre, padre o cuidador) quienes deben utilizar Equipo de Protección Personal (EPP), circular por el centro con máscara quirúrgica y alimentarse dentro del box.

Se limitará el equipo asistencial a 3 técnicos (Médico, Licenciada y Auxiliar de Enfermería) y dará informe médico una vez al día.

Los pacientes internados en UCI presentan un mayor riesgo de transmisión, este se incrementa en pediatría dado el contacto estrecho, el comportamiento del niño y la presencia de acompañante. Por lo tanto, las medidas de bioseguridad se aumentarán:

- Prohibido el uso de celulares, mate y/o comida.
- Uñas cortas y sin esmalte.
- No alhajas (incluye collares y pendientes).
- Cabello recogido.
- Correcta higiene de manos.
- Uso de equipo desechable o equipo institucional con lavado en el hospital.
- Uso de gorro y zapatones.

Tratamiento

Medidas Generales

Según experiencia internacional, el tratamiento de soporte en UCIP en pacientes graves que presenten SDRA, sepsis o disfunción orgánica de causa vírica, con o sin sobreinfección bacteriana, no difieren de forma significativa de los recomendados de manejo habitual.

- Manejo conservador de fluidos, dado que el manejo agresivo puede empeorar la oxigenación (sueroterapia habitual a 2/3 de necesidades basales). No se recomienda emplear sueros hipotónicos.

- Oxigenoterapia para mantener SaO₂ >92%.
- Los antibióticos, en principio, no están indicados a no ser que se sospeche sobreinfección bacteriana o sepsis.

Soporte ventilatorio

Ventilación No Invasiva (VNI)

Para disminuir la contaminación a tercero debemos:

- Utilizar interfases sin puerto espiratorio incorporados, colocar posteriormente un filtro antivírico-antibacteriano y finalmente el puerto espiratorio.
- Ajustar adecuadamente la interfase con el arnés para evitar fugas.

Esta modalidad ventilatoria no debe retrasar la ventilación invasiva, porque aumenta la morbimortalidad.

Maniobra de intubación orotraqueal (IOT) y Asistencia Ventilatoria Mecánica Invasiva (AVM)

- Preoxigenar con máscara con reservorio, es importante colocar filtro antimicrobiano de alta eficiencia entre la bolsa autoinflable y la mascarilla.
- Evitar la ventilación con bolsa máscara. De requerirlo se debe colocar filtro antimicrobiano
- Realizar medicación de secuencia de intubación rápida.
- Utilizar sonda endotraqueal con balón.
- Para impedir la contaminación vírica:
 - Circuito cerrado de aspiración
 - Sistema de humidificación y calefacción pasivo.
 - Evitar maniobra de aspiración convencional, pinzar SET y ventilador en Stand by previamente.
 - Colocar filtros antimicrobianos de alta eficiencia que impidan la contaminación vírica tanto en la rama inspiratoria como en la espiratoria del ventilador.
 - Realizar apoyo ventilatorio con prestación del respirador, evitar ventilación con bolsa autoinflable

- Estrategia ventilatoria en el síndrome de distress respiratorio agudo (SDRA) según el grupo de Pediatric Acute Lung Injury Consensus Conference (PALICC)
 - Ventilación protectora (volúmenes tidal bajos (4-6 ml/kg)
 - PEEP óptima, presión meseta $\leq 28-32$ cm H₂O
 - Driving pressure < 15 cm H₂O
 - Hipercapnia permisiva
 - Uso de decúbito prono.
 - Sedación profunda.

No se ha demostrado eficacia para la insuficiencia respiratoria refractaria el uso de óxido nítrico inhalado.

Soporte con drogas vasoactivas

Considerar adrenalina y noradrenalina como fármacos de primera línea.

Tratamientos específicos

Los corticoides sistémicos no están recomendados de forma general, podrían aumentar la replicación viral, están indicados como tratamiento del shock séptico refractario a dosis sustitutivas.

El oseltamivir solo se realizará en caso de coinfección con virus Influenza.

No existen tratamientos antivirales específicos aprobados para el tratamiento de la Covid-19.

El objetivo terapéutico es el tratamiento sintomático según el tipo de complicaciones de cada paciente.

Un estudio clínico aleatorizado abierto controlado no mostró beneficio del uso de lopinavir/ ritonavir en pacientes que requirieron hospitalización por insuficiencia respiratoria.

Los tratamientos experimentales se reservan para pacientes con neumonía Covid 19 con criterios de gravedad. La evidencia aún es escasa para hacer recomendaciones fuertes, pero varios países incluyen en sus protocolos ***hidroxicloroquina o cloroquina, lopinavir/ritonavir e interferón alfa o beta.***

- Frente al uso de cualquiera de estos medicamentos, recordar que son opciones aún empíricas, y que se trata de indicaciones fuera del prospecto (*off label*), por lo que se recomienda la solicitud de **consentimiento informado** escrito. Este

consentimiento debería aclarar que los tratamientos antivirales son aún empíricos, que no son usos que figuran en los prospectos y que, por tanto, hay menos soporte teórico para su uso, qué beneficios se esperan, aunque no están aun claramente demostrados y qué efectos adversos pueden sobrevenir.

En casos de comenzar tratamiento con alguna de estas estrategias farmacológicas, se recomienda realizar concomitantemente un **estricto seguimiento sobre su efectividad y seguridad** porque es necesario generar base de evidencia, aunque en este caso sea empírica, para poder hacer recomendaciones cada vez más sólidas al respecto.

Es fundamental conocer la disponibilidad nacional e institucional de estos medicamentos que deben reservarse para el medio hospitalario, y desalentar el uso en cualquier otro contexto sin control médico estricto.

7. BIBLIOGRAFÍA.

1. Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy. Information for healthcare professionals Version 3: Published Wednesday 18 March 2020 Royal College of Obstetricians and Gynecologists.
2. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected Interim guidance 13 March 2020 OMS
3. COVID-19 (Coronavirus) Statement of FIGO. 12 March 2020. FIGO
4. Practice Advisory: Novel Coronavirus 2019 (COVID-19). The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)
5. Coronavirus (COVID-19) Updated Monday 16 March 2020 The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG).
6. Infecção pelo Coronavírus SARS-CoV-2 em obstetrícia. ¡Enfrentando o desconhecido! 04 Março 2020. FEBRASCO
7. Infectious Disease Committee Statement on the Novel Coronavirus. March 2020 The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC)
8. Prise en Charge aux Urgences Maternité D'une Patiente Enceinte Suspectée ou Infectée par le Coronavirus (COVID-19) – 15/03/2020. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), France.
9. Recomendaciones para la prevención de la infección y el control de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en la paciente obstétrica. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia S.E.G.O.
10. Li Q, Guan X, Wu P, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. N Engl J Med. 2020 Jan 29.
11. Chan JF, Yuan S, Kok KH, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. Lancet 2020; 395:514.
12. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. N Engl J Med 2020.
13. Bajema KL, Oster AM, McGovern OL, et al. Persons Evaluated for 2019 Novel Coronavirus - United States, January 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020; 69:166.

14. Yang X, Yu Y, Xu J, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *Lancet Respir Med* 2020.
15. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA* 2020.
16. World Health Organization. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report, 45.
17. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Advisory: Novel Coronavirus 2019 (COVID-2019).
18. Zhu H, Wang L, Fang C et al Clinical analysis of 10 neonates born to mothers with 2019-nCoV pneumonia. *Transl Pediatr.* 2020;9(1):51.
19. Chen H, Guo J, Wang C, Luo F, Yu X 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. Epub 2020 Feb 12.
20. Qiao J. What are the risks of COVID-19 infection in pregnant women? *Lancet.* 2020;395(10226):760. Epub 2020 Feb 12.
21. Lu, Q., & Shi, Y. (2020). Coronavirus disease (COVID-19) and neonate: What neonatologist need to know. *J Med Virol.* 2020 Mar 1. 13. Liu, Y., Chen, Y., Peng, H., Wang, L., Zhao, Y., Zeng, L., & Gao, H. (2020). Infants Born to Mothers with a New Coronavirus (COVID-19). *Frontiers in Pediatrics*, 8, 104
22. MSP_COVID_19_PREVENCION_Y_CONTROL.pdf Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/coronavirus-toda-informacion-aqui>. Consultado 12 marzo de 2020.
23. Recomendaciones para el manejo del recién nacido en relación con la infección por SARSCoV- 2. Sociedad Española de Neonatología. Marzo 2020 Disponible en: www.redaccionmedica.com/contenido/images/Recomendaciones_SENeo_SA_RSCoV-2Version_1.pdf.pdf
24. World Health Organization (WHO). Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. Interim

- guidance 13 March 2020. Disponible en internet: [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-whenovel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-whenovel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)
25. Grupo interdisciplinario inter sociedades y cátedras. Manejo clínico de la infección por SARSCoV- 2 y la enfermedad COVID-19. 12 de marzo 2020 . Disponible online_ wpsmu/wp-content/uploads/2020/03/Coronavirus-recomendaciones-intersociedades-y-cátedras-Uruguay-versión-al-12-de-marzo-2020.pdf Consultado 13 marzo 2020.
 26. OPS. OMS. Requerimientos para uso de equipos de protección personal (EPP) para el nuevo coronavirus (2019-nCoV) en establecimientos de salud.
 27. WHO. Clinical management of severe acute respiratory infection when Novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected: Interim Guidance. WHO/nCoV/Clinical/2020.2
 28. Centers for Disease Control and Prevention. Frequently Asked Questions about Personal Protective Equipment [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 4]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/respirator-use-faq.html>
 29. Ministerio de sanidad español. Documento Técnico. PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN PARA LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES FRENTE A LA EXPOSICIÓN AL NUEVO CORONAVIRUS (SARS-COV-2). Febrero 2020.
 30. Ministerio de sanidad español. Documento Técnico. Manejo clínico de pacientes con enfermedad por el nuevo coronavirus (COVID-19). Marzo 2020.
 31. Dong Y, Mo X, Hu Y, et al. Epidemiological characteristics of 2143 pediatric patients with 2019 coronavirus disease in China. Pediatrics. 2020; doc: 10.1542/peds.2020-0702
 32. Departamento de Farmacología y Terapéutica, Facultad de Medicina, UdeLaR. Infección Covid-19: aspectos farmacoterapéuticos. Marzo 2020
 33. Asociación Española de Pediatría (AEP), Sociedad Española Cuidados Intensivos Pediátricos (SECIP) DOCUMENTO DE MANEJO CLINICO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON INFECCION POR SARS-cov2. Extracto del

Documento de manejo clínico del Ministerio de Sanidad. Actualización 18 de marzo de 2020

34. Centers for Disease Control and Prevention. Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Confirmed 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) or Persons Under Investigation for 2019-nCoV in Healthcare Settings. 03/II/2020; Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/infection-control.html>. Visualizado 09/II/2020.
35. Chen ZM, Fu JF, Shu Q, et al. Diagnosis and treatment recommendations for pediatric respiratory infection caused by the 2019 novel coronavirus [published online ahead of print, 2020 Feb 5]. *World J Pediatr.* 2020;10.1007/s12519-020-00345-5. doi:10.1007/s12519-020-00345-5
36. Chu CM, Cheng VC, Hung IF, Wong MM, Chan KH, Chan KS, Kao RY, Poon LL, Wong CL, Guan Y, Peiris JS, Yuen KY; HKU/UCH SARS Study Group.. Role of lopinavir/ritonavir in the treatment of SARS: initial virological and clinical findings. *Thorax.* 2004; 59:252-256.
37. Sheahan TP, Sims AC, Leist SR, et al. Comparative therapeutic efficacy of remdesivir and combination lopinavir, ritonavir, and interferon beta against MERSCoV. *Nat Commun.* 2020 ; 11:222.
38. Agostini ML, Andres EL, Sims AC, et al. Coronavirus Susceptibility to the Antiviral Remdesivir (GS-5734) Is Mediated by the Viral Polymerase and the Proofreading Exoribonuclease. *mBio.* 2018; 9: pii: e00221-18.
39. Estudio en curso: Study to Evaluate the Safety and Antiviral Activity of Remdesivir (GS-5734™) in Participants With Severe Coronavirus Disease (COVID-19) ClinicalTrials.gov Identifier: NCT0429289). Disponible en: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04292899>. Consultado Marzo 2020.
40. COVID-19 Vigilancia y diagnóstico Ministerio de Salud Pública- Uruguay. <https://www.msp.gub.uy> Último acceso 24 de marzo de 2020
41. -<https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019> Último acceso 12 de marzo 2020
42. COVID-19 Centers for Disease Control and prevention <https://www.cdc.gov>
43. -European Centre for Disease Control and Prevention. Technical Report. Public health management of persons, including healthcare workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union. 25 February 2020.

- [Internet]. ECDC; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/public-health-managementpersons-including-health-care-workers-having-had-contact>
44. Wei Xia, Jianbo Shao, Yu Guo, Xuehua Peng, Zhen Li, Daoyu Hu. Clinical and CT features in pediatric patients with COVID-19 infection: Different points from adults. *Pediatric Pulmonology*. 2020;1–6. Received: 14 February 2020 | Accepted: 26 February 2020 DOI: 10.1002/ppul.24718
 45. Allegranzi B, Baller A, Coutinho A, Diaz J, Francis C, Padoveze M, et al. Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance. World Health Organization. 25 Enero 2020.
 46. Cai H, Chen Y, Chen Z, Fang Q, Han W, Hu S, et al. Handbook of COVID-19 Prevention and treatment. 1a . Liang T. Chairman of The First Affiliated Hospital, Zhejiang University School of Medicine. 2020
 47. Cao Q et al., SARS-CoV-2 infection in children: Transmission dynamics and clinical characteristics, *Journal of the Formosan Medical Association*, <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2020.02.009>
 48. Farina J, Balasini C, Blanco M, Saul P, González A, De Cristóforo A, et al. Brote por coronavirus-2019-nCov. Descripción Epidemiológica y del abordaje de los pacientes críticos. *Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Comité de Infectología Crítica*. 2020.
 49. García-López Hortelano M, Ramos J, Benito J, Vivas M, de la Torre M, de Carlos Vicente J. Documento De Manejo Clínico Del Paciente Pediátrico Con Infección por SARS-Cov-2. *Asociación Española de Pediatría, Sociedad Española de Urgencias de Pediatría, Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos, Sociedad Española de Infectología Pediátrica*. Marzo 2020.
 50. Giwa A, LLB, MBA, FACEP, FAAEM, Desai A. Novel Coronavirus COVID-19: An Overview for Emergency Clinicians. *Emergency Medicine Practice*. February 2020
 51. Hui D, Chow B, Lo T, et al. Exhaled air dispersion during high flow nasal cannula therapy versus CPAP via different masks. *Eur Respir J* 2019;53:1802339

52. Kunling S, Yonghong Y, Tianyou W, Dongchi Z, Yi J Runming J, et al. Diagnosis, treatment, and prevention of 2019 novel coronavirus infection in children: experts' consensus statement. *World Journal of Pediatrics*. Febrero 2020; 10.1007/s12519-020-00343-7
53. Zimmermann P, Curtis N. Coronavirus Infections in Children Including COVID-19. An Overview of the Epidemiology, Clinical Features, Diagnosis, Treatment and Prevention Options in Children. *The Pediatric Infectious Disease Journal* 2020 Wolters Kluwer Health, Inc. [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 17]. Available from: <https://www.mscbs.gob.es/pr>
54. Jiehao Cai, Jing Xu, Daojiong Lin, zhi Yang, Lei Xu, Zhenghai Qu, et al. Case Series of children with 2019 novel coronavirus infection: clinical and epidemiological features. *Clin Infect Dis* [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 7]; c198. Available from: <https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciaa198/57664305>.
55. Chen ZM, Fu JF, Shu Q, Chen YH, Hua CZ, Li FB, et al. Diagnosis and treatment recommendations for pediatric respiratory infection caused by the 2019 novel coronavirus. *World Journal of Pediatrics*. Institute of Pediatrics of Zhejiang University; 2020.
56. Wong, John E. L. Yee Sin Leo MCCT. COVID-19 in Singapore — Current Experience Critical Global Issues That Require Attention and Action. *JAMA Journal Am Med Assoc* [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 7]. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2761890>
57. Wei M, Yuan J, Liu Y, Fu T, Yu X, Zhang ZJ. Novel Coronavirus Infection in Hospitalized Infants under 1 Year of Age in China. *JAMA - J Am Med Assoc*. [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 7]. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2761659>
58. Infection Control: Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) | CDC [Internet]. [cited 2020 Mar 5]. Available from: <https://bit.ly/2wCLPuC>
59. Guía provisional para establecimientos de salud: preparación para la transmisión comunitaria de COVID-19 en los Estados Unidos | CDC [Internet]. [cited 2020 Mar 5]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/healthcarefacilities/guidance-hcf.html>

60. Documento técnico Prevención y control de la infección en el manejo de pacientes con COVID-19 20.02.2020. Available from: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/Documento_Control_Infeccion.pdf
61. Documento técnico Manejo domiciliario de casos en investigación, probables o confirmados de COVID-19 Versión del 9 de marzo de 2020. Available from: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/Manejo_domiciliario_de_COVID-19.pdf
62. Documento técnico Manejo clínico de pacientes con enfermedad por el nuevo coronavirus (COVID-19). Available from: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/Protocolo_manejo_clinico_COVID-19.pdf
63. European Centre for Disease Prevention and Control. Outbreak of novel coronavirus disease 2019 (COVID-19): increased transmission globally – fifth update, 2 March 2020. ECDC: Stockholm; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/RRA-outbreak-novelcoronavirus-disease-2019-increase-transmission-globally-COVID-19.pdf>
64. European Centre for Disease Prevention and Control. Interim guidance for environmental cleaning in nonhealthcare facilities exposed to 2019-nCoV. ECDC:Stockholm; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/novel-coronavirusguidance-environmental-cleaning-non-healthcare-facilities.pdf>
65. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. Interim Guidance 13 marzo 2020 .OMS Disponible en: [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected).
66. The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19) — China, 2020. The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team . Chinese Center for Disease Control and Prevention. CCDC Weekly / Vol.2
67. Wang L, Shi Y, Xiao T, Fu J, Feng X, Mu D, Feng Q et al. Chinese expert consensus on the perinatal and neonatal management for the prevention and

- control of the 2019 novel coronavirus infection (First edition). on behalf of the Working Committee on Perinatal and Neonatal Management for the Prevention and Control of the 2019 Novel Coronavirus Infection . *Ann TranslMed* 2020;8(3):47
68. Xia W, Shao J, Guo Y, Peng X, Li Z, Hu D. Clinical and CT features in pediatric patients with COVID-19 infection: Different points from adults. *Pediatric Pulmonology*. 2020;1–6.
69. Zhu H, Wang L, Fang C, Peng S, Zhang L, Chang G, Xia S, Zhou W. Clinical analysis of 10 neonates born to mothers with 2019-nCoV pneumonia . *Transl Pediatr* 2020;9(1):51-60 | <http://dx.doi.org/10.21037/tp.2020.02.06>
70. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Advisory: Novel Coronavirus 2019 (COVID-2019).
71. Bajema KL, Oster AM, McGovern OL, et al. Persons Evaluated for 2019 Novel Coronavirus - United States, January 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020; 69:166.
72. Chan JF, Yuan S, Kok KH, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet* 2020; 395:514.
73. Chen H, Guo J, Wang C, Luo F, Yu X 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. Epub 2020 Feb 12.
74. Grupo interdisciplinario inter sociedades y cátedras. Manejo clínico de la infección por SARSCoV- 2 y la enfermedad COVID-19. 12 de marzo 2020. Disponible online [wpsmu/wp-content/uploads/2020/03/Coronavirus-recomendaciones-intersociedades-y-cátedras-Uruguay-versión-al-12-de-marzo-2020.pdf](https://wpsmu/wp-content/uploads/2020/03/Coronavirus-recomendaciones-intersociedades-y-catedras-Uruguay-versión-al-12-de-marzo-2020.pdf) Consultado 13 marzo 2020.
75. Liu, Y., Chen, Y., Peng, H., Wang, L., Zhao, Y., Zeng, L., & Gao, H. (2020). Infants Born to Mothers with a New Coronavirus (COVID-19). *Frontiers in Pediatrics*, 8, 104
76. Lu, Q., & Shi, Y. (2020). Coronavirus disease (COVID-19) and neonate: What neonatologist need to know. *J Med Virol*. 2020 Mar 1.
77. MSP_COVID_19_PREVENCION_Y_CONTROL.pdf Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud->

publica/comunicacion/noticias/coronavirus-toda-informacion-aqui.

Consultado 12 marzo de 2020.

78. Qiao J. What are the risks of COVID-19 infection in pregnant women? Lancet. 2020;395(10226):760. Epub 2020 Feb 12.
79. Recomendaciones para el manejo del recién nacido en relación con la infección por SARSCoV- 2. Sociedad Española de Neonatología. Marzo 2020 Disponible en: World Health Organization (WHO).
80. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. Interim guidance 13 March 2020. Disponible en: [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected).