



TETÃ REKUÁI
GOBIERNO NACIONAL

Paraguái
tetãguarã
mba'e

CORONAVIRUS COVID-19

Manejo Clínico en Pediatría

Instituto de Medicina Tropical

Comité de Infectología – Sociedad Paraguaya de Pediatría

Comité de Terapia Intensiva Pediátrica – Sociedad Paraguaya de Pediatría

Marzo 2020

Instituto de Medicina Tropical

Autoridades

Dr. Oscar Merlo Faella
Director General

Dr. Miguel Angel Cardozo
Director Médico

Prof. Dr. Antonio Arbo
Director de Docencia e Investigación

Coordinación General

Prof. Dr. Antonio Arbo	Instituto de Medicina Tropical – Facultad de Ciencias Médicas – UNA
Prof. Dra. Celia Martínez de Cuellar	Instituto de Medicina Tropical – Facultad de Ciencias Médicas – UNA
Dra. Dolores Lovera	Instituto de Medicina Tropical – Facultad de Ciencias Médicas – UNA
Dr. Oscar Merlo	Instituto de Medicina Tropical

Colaboradores

Dr. Silvio Apodaca	Instituto de Medicina Tropical
Dra. Claudia Zarate	Instituto de Medicina Tropical – Facultad de Ciencias Médicas – UNA
Dr. Nicolás González Perrota	Instituto de Medicina Tropical – Facultad de Ciencias Médicas – UNA
Dra. Sara Amarilla	Instituto de Medicina Tropical – Facultad de Ciencias Médicas – UNA
Dr. Fernando Galeano	Instituto de Medicina Tropical – Facultad de Ciencias Médicas – UNA

Comité de Infectología de la Sociedad Paraguaya de Pediatría

Comité de Terapia Intensiva Pediátrica de la Sociedad Paraguaya de Pediatría

INDICE

	Página
1.- Introducción	5
2.- Virus y vías de transmisión	5
3.- Definiciones operativas	6
4.- Manejo clínico	7 – 14
4.1.- Situaciones especiales	12
4.1.1.- Recién nacido	12
4.1.1.1. Definiciones	12
4.1.1.2.- Estudios laboratoriales	12
4.1.1.3.- Manejo del recién nacido	12-13
4.1.1.4. Manejo del recién nacido de madre con sospecha o confirmación de COVID-19	13
4.2.- Tratamiento	13
4.2.1.- Corticoides sistémicos	13
4.2.2.- Tratamiento del choque	13
4.2.3.- Tratamiento antibiótico	13-14
4.2.4.- Tratamiento antiviral	14
4.2.5.- Hidroxicloroquina	14
4.3.- Criterios de Alta	14
5.- Esquema de Manejo del niño con sospecha o confirmación de COVID-19	15
6.- Bibliografía	16
Anexos	17 – 34
ANEXO 1 - Medidas de precaución en la atención de pacientes con sospecha de COVID - 19 ambulatorios y hospitalizados	17 – 26
ANEXO 2 – Hidratación Parenteral	27
ANEXO 3 – Uso de Oseltamivir	28
ANEXO 4 - Antibióticos	29
ANEXO 5 – Otros Antivirales	30
ANEXO 6 – Asistencia Respiratoria Mecánica	31 – 32
ANEXO 7 – Manejo del Choque	33
ANEXO 8 – Cartilla de aislamiento domiciliario	34

1. INTRODUCCION

Los coronavirus son una amplia familia de virus que pueden causar diversas afecciones, desde el resfriado común hasta enfermedades más graves, como ocurre con el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) y el coronavirus que causa el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS).

El 31 de diciembre de 2019, autoridades de Salud de Wuhan (provincia de Hubei, China) informaron sobre un conglomerado de 27 casos de neumonía de etiología desconocida con inicio de síntomas el 8 de diciembre, incluyendo siete casos graves, vinculados por la exposición común a un mercado mayorista de marisco, pescado y animales vivos en la ciudad de Wuhan. El mercado fue cerrado el día 1 de enero de 2020.

El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas identificaron un nuevo virus de la familia Coronaviridae, como agente causante del brote. Fue denominado "nuevo coronavirus", 2019-nCoV. La secuencia genética fue compartida por las autoridades chinas el 12 de enero. Posteriormente la Organización Mundial de la Salud ha denominado al cuadro con las siglas COVID-19 y al virus como coronavirus 2 asociado a síndrome de dificultad respiratoria (SARS-CoV-2). El SARS-CoV-2 es una nueva cepa de coronavirus que no se había encontrado antes en el ser humano. Desde el inicio del brote, además del incremento explosivo de casos en China, progresivamente se han observado progresión de la enfermedad fuera de ese país, adquiriendo para el momento del presente reporte las características de una diseminación pandémica.

A la fecha (14 de marzo) se han confirmado 142.539 casos, con 5393 muertos. En China se reportaron 81021 con 3194 muertos; en tanto que fuera de China se reportan 61 518 casos en 134 países y 2199 muertes.

2. Virus y formas de transmisión

2.1. Virus SARS - CoV-2

El grupo de estudio de Coronavirus del Comité Internacional de Taxonomía de Virus propusieron designar al virus causante de la actual pandemia como Virus del Síndrome Respiratorio Agudo Severo por Coronavirus 2 (SARS - CoV-2). El SARS - CoV-2 es un betacoronavirus del mismo subgénero que el virus del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS).

2.2. Formas de transmisión

La transmisión es de persona a persona por gotas (>5 µg), cuando una persona infectada tose, estornuda o habla. Estas gotas pueden infectar al entrar en contacto con las mucosas. Además, la transmisión puede ocurrir por contacto, es decir, cuando una persona toca superficies contaminadas y lleva posteriormente sus manos a la boca, nariz u ojos. Es importante resaltar que la transmisión podría ocurrir ya durante el periodo de incubación o desde personas infectadas pero asintomáticas.

2.3.- Periodo de Incubación

El periodo de incubación del COVID-19 es de 14 días luego de la exposición. La mayoría de los casos ocurren dentro de los 4 a 5 días luego de la exposición.

3. Definiciones operativas

2.1.- Definición de casos

- **Caso a Investigar:** Se investigará a toda persona proveniente de zona/s de riesgo (Trasmisión localizada)
- **Caso Sospechoso:** Toda persona con enfermedad respiratoria aguda (Fiebre y al menos un signo o síntoma de enfermedad respiratoria: Tos o dificultad respiratoria), Y con historia de viaje o residencia en los países o territorios que reportan transmisión localizada de COVID-19, en los 14 días previos al inicio de síntomas.
O
- Cualquier persona con enfermedad respiratoria aguda y que esté o haya estado en contacto estrecho con un caso sintomático confirmado o probable en los 14 días previos a la aparición de síntomas.

Durante esta fase, además se investigará:

Toda persona que presente una **Infección Respiratoria aguda Grave** Y, se encuentre hospitalizada en UCI en uno de los Centros Centinelas

Se define contacto estrecho como:

Se define contacto como: Cualquier persona que haya participado en cualquiera de las siguientes:

- Brindar atención directa sin el equipo de protección personal (EPP) adecuado para pacientes con COVID-19.
- Permanecer en el mismo entorno cercano de un paciente COVID-19 (incluido el lugar de trabajo, el aula, el hogar, las reuniones).
- Viajar juntos en estrecha proximidad (1 m) con un paciente COVID-19 en cualquier tipo de transporte dentro de un período de 14 días después del inicio de los síntomas en el caso bajo consideración

B. Criterios clínicos

- **Caso Probable:** caso sospechoso cuyos resultados de laboratorio para SARS CoV-2 son no concluyentes o solo son positivos para una prueba genérica de coronavirus.
- **Caso Confirmado:** Toda persona con confirmación por PCR de screening positiva y PCR de confirmación en un gen alternativo al de screening también positiva para SARSCoV-2. 2.
- **Caso Descartado:** caso en investigación cuyas pruebas de laboratorio resultan negativas para detección del SARS CoV-2.

C. Criterio de laboratorio

1. PCR de screening positiva y PCR de confirmación en un gen alternativo al de screening también positiva.

4. MANEJO CLINICO

En base a la información disponible, la incidencia del COVID-19 en niños es menor a la de los adultos, la sintomatología es más leve y la letalidad es menor.

El cuadro clínico varía desde cuadro leves, de vías respiratorias altas a cuadros severos: disnea, tos o dolor de garganta y/o fiebre hasta un cuadro de neumonía grave con sepsis. A la fecha no se han descrito alteraciones analíticas y radiográficas específicas en población infantil afectada por COVID-19. En relación a otras enfermedades virales causantes de infecciones respiratorias agudas, las alteraciones que se han descrito más frecuentemente se describen en la Tabla 1

Tabla 1. Síndromes clínicos asociados a la infección por el nCoV-2019.

Enfermedad leve	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientes con infección viral del tracto respiratorio superior no complicada, con síntomas inespecíficos; fiebre, tos, dolor de garganta, congestión nasal, decaimiento, cefalea y dolores musculares. ▪ No existen signos de deshidratación, sepsis o dificultad respiratoria.
Infección leve de vías aéreas inferiores¹	<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): <ul style="list-style-type: none"> - < 2 meses ≥ 60 RPM - 2–11 meses, ≥ 50 RPM - 1–5 años, ≥ 40 RPM - Adolescentes > 30 RPM ▪ Saturación ambiental >92%. ▪ Pueden o no tener fiebre
Infección severa de vías aéreas inferiores (Neumonía Severa)²	<p>Tos o dificultad respiratoria y al menos uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cianosis central o SaO₂ <92% (<90% en prematuros) ▪ Dificultad respiratoria severa: quejido, aleteo nasal, tiraje supraesternal, retracción torácica severa o disociación toraco-abdominal. ▪ Incapacidad o dificultad para alimentación. ▪ Disminución del estado de conciencia, letargo o pérdida de conocimiento o convulsiones. ▪ Taquipnea severa (en respiraciones/min): <ul style="list-style-type: none"> - ≥ 70 rpm en menores de 1 año; - ≥ 50 rpm en mayores de 1 año. ▪ Gasometría arterial: <ul style="list-style-type: none"> - PaO₂ < 60 mmHg, - PaCO₂ > 50 mmHg. ▪ El diagnóstico es clínico; las imágenes de radiografía de tórax pueden excluir complicaciones (atelectasias, infiltrados, derrame).
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 miocárdica, cambios de ST-T en el electrocardiograma, cardiomegalia e insuficiencia cardíaca), insuficiencia renal, disfunción gastrointestinal, elevación de enzimas hepática y rabdomiolisis.
Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA)³	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inicio: cuadro clínico 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 del edema pulmonar: insuficiencia respiratoria en ausencia de otra etiología como fallo cardíaco (descartado por ecocardiografía) o sobrecarga de volumen. ▪ Oxigenación (OI = Índice de oxigenación y OSI = Índice de oxigenación usando SpO₂): <ul style="list-style-type: none"> - VNI bilevel o CPAP ≥ 5 cmH₂O a través de una máscara facial completa: PaO₂ / FiO₂ ≤ 300 mmHg o SpO₂ / FiO₂ ≤ 264 - SDRA leve (ventilación invasiva): $4 \leq OI < 8$ $5 \leq OSI < 7.5$ - SDRA moderado (ventilación invasiva): $8 \leq OI < 16$ $7.5 \leq OSI < 12.3$ - SDRA grave (ventilación invasiva): $OI \geq 16$ $OSI \geq 12.3$

Sepsis⁴	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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). ▪ Es grave si presenta disfunción cardiovascular, SDRA o ≥ 2 disfunciones del resto de órganos.
Choque séptico⁵	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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: <ul style="list-style-type: none"> - estado mental alterado; - taquicardia o bradicardia (FC $<$90 lpm o $>$ 160 lpm en lactantes - FC $<$70 lpm o $>$ 150 lpm en niños); - lleno capilar lento ($>$ 2 segundos) - piel caliente vasodilatada con pulsos saltones; - taquipnea; - piel moteada o erupción petequeal o purpúrica; - lactato aumentado, - oliguria. ▪ Si requiere drogas vasoactivas para mantener una tensión arterial y perfusión adecuadas tras una correcta expansión de volumen.

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 cardiaca.
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.

Las manifestaciones observadas en el niño son muy variadas (Tabla 2).

Tabla 2. Alteraciones clínicas, laboratoriales y radiológicas posibles en la enfermedad respiratoria viral aguda en la edad pediátrica.

	Leves	Graves
Cuadro clínico	Fiebre (no siempre presente), tos, congestión nasal, rinorrea, expectoración, diarrea, cefalea	Una semana después malestar, irritabilidad, rechazo de alimentación, hipoactividad. En algunos casos progresión rápida (1-3 días) fallo respiratorio no reversible con oxígeno, shock séptico, acidosis metabólica, coagulopatía y sangrados.
Hemograma	Leucocitos normales o leucopenia y linfopenia leve	Linfopenia progresiva
Proteína C reactiva	Normal	Normal o elevada (sospechar sobreinfección bacteriana)
Procalcitonina	Normal	PCT $>$ 0.5 ng/mL (sospechar sobreinfección bacteriana)
Bioquímica	Normal	Elevación de transaminasas, enzimas musculares, mioglobina, dímero D, coagulopatía, urea o creatinina.
Radiografía de tórax	Normal o infiltrados periféricos intersticiales	Opacidades bilaterales en vidrio esmerilado y consolidaciones pulmonares múltiples. Derrame pleural infrecuente.
Ecografía	Acorde a otros cuadros es esperable: normal, patrón B7, línea pleural regular o consolidación subpleural en cuadrantes posteriores	Acorde a otros cuadros es esperable Patrón B difuso, Líneas B coalescentes, patrón consolidación alveolar, irregularidad línea pleural, con/sin derrame pleura

TAC de tórax	Las imágenes en vidrio esmerilado y los infiltrados son más evidentes en el TC que en la radiografía	Pueden aparecer múltiples consolidaciones lobares
Observación: Incubación 2-14 días (mediana 3-7 días). Recuperación en 1-2 semanas.		

El personal de atención médica debe atender a los pacientes en una sala de aislamiento de infecciones transmitidas por el aire. Las precauciones estándar, las precauciones de contacto y las precauciones aerotransportadas con protección para los ojos deben usarse cuando se atiende al paciente (ANEXO 1).

Los pacientes con una presentación clínica leve pueden no requerir inicialmente hospitalización. Sin embargo, los signos y síntomas clínicos pueden empeorar con la progresión a la enfermedad del tracto respiratorio inferior en la segunda semana de la enfermedad. Todos los pacientes deben ser monitoreados de cerca.

La decisión de monitorear a un paciente en el entorno de pacientes hospitalizados o ambulatorios debe tomarse caso por caso. Esta decisión dependerá no solo de la presentación clínica, sino también de la capacidad del paciente para participar en el monitoreo, el aislamiento en el hogar y el riesgo de transmisión en el entorno del hogar del paciente, para ello se han definido cuatro escenarios para el manejo del paciente con sospecha de COVID-19. Para definir los escenarios se debe contestar cuatro preguntas clave.

Las preguntas claves en la evaluación de un caso probable de COVID-19

- A) Tiene cuadro compatible con COVID-19?
- B) Tiene algún factor de riesgo para complicaciones?
- C) Tiene signos de alarma?
- D) Está en insuficiencia respiratoria o tiene trastorno del sensorio o inestabilidad hemodinámica?

Escenario 1

A	Tiene cuadro compatible con COVID-19?	SI
B	Tiene algún factor de riesgo?	NO
C	Tiene signos de alarma?	NO
D	Tiene insuficiencia respiratoria o trastorno del sensorio o inestabilidad hemodinámica?	NO

Los pacientes del Escenario 1 corresponden al **Grupo A**

Grupo A - Tratamiento de pacientes con Sospecha de COVID-19

- Manejo ambulatorio en el hogar
- Aislamiento estricto
- Educación a los responsables acerca de los síntomas de alarma
- Fiebre: Paracetamol 15 mg/kg cada 6 hs
- Asegurar hidratación adecuada
- Los lactantes deben continuar con leche materna
- No usar salicilatos en menores de 18 años
- Control médico si la fiebre persiste más de 48h
- Explicar a los padres o responsables lo siguiente: Si el paciente presenta dificultad para respirar, dolor de pecho, esputo con sangre, dificultad para alimentarse, confusión o somnolencia *“debe regresar urgentemente al centro asistencial aunque no hayan pasado las 24 horas para su control”*

Escenario 2

A	Tiene cuadro compatible con COVID-19?	SI
B	Tiene algún factor de riesgo?	SI
C	Tiene signos de alarma?	NO
D	Tiene insuficiencia respiratoria o trastorno del sensorio o inestabilidad hemodinámica?	NO

Los pacientes del Escenario 2 corresponden al **Grupo B**

Grupo B – El paciente debe ser hospitalizado en el hospital distrital en aislamiento estricto o puede ser enviado a su domicilio con control médico domiciliario diario

Factores de riesgo para complicaciones en COVID-19

- Edad ≤ 2 años*
- Enfermedad crónica o debilitante
- Cardiopatías
- Enfermedad respiratoria crónica
- Diabetes mellitus
- Cáncer
- Desnutrición
- Condiciones con depresión inmunológica
- Insuficiencia renal crónica
- Enfermedad neuromuscular
- Circunstancias sociales tales como vivir muy distante de la unidad de salud sin medio de transporte confiable

Grupo B - Tratamiento de pacientes con sospecha de COVID -19

- Presencia de uno o más factores de riesgo de complicaciones
- **Condiciones de hospitalización:** aislamiento en sala individual
- **Laboratorio:** Hemograma, plaquetas, glicemia, urea, creatinina, GOT, GPT
- Rx de Tórax en caso de tos persistente
- Líquidos vía oral (VO) (supervisado)
- Si no tolera la vía oral o bebe poco líquido, hidratar por vía IV a dosis de mantenimiento, excepto si está deshidratado
- Fiebre: Paracetamol 15 mg/kg cada 6 hs
- Re-evaluar diaria de la evolución clínica
- Sí durante la re-evaluación se detectan signos de alarma pasa a **Grupo C**

Escenario 3

A	Tiene cuadro compatible con COVID-19?	SI
B	Tiene algún factor de riesgo?	SI/NO
C	Tiene signos de alarma?	SI
D	Tiene insuficiencia respiratoria o trastorno del sensorio o inestabilidad hemodinámica?	NO

Los pacientes del Escenario 2 corresponden al **Grupo C**

Grupo C – El paciente debe ser hospitalizado en el hospital regional o de referencia en aislamiento estricto

Criterios de Gravedad

- Dificultad para respirar
- Hipoxemia: saturación de O₂ < 93% respirando aire ambiental
- Deshidratación o rechazo alimentario (en lactantes)
- Expectorcación con sangre
- Dificultad para alimentarse
- Confusión o somnolencia
- Crepitantes en la auscultación pulmonar
- Rx de Tórax con infiltrados pulmonares
- Dificultad respiratoria o aumento del trabajo respiratorio
- Compromiso hemodinámico
- Consulta repetida por deterioro clínico

Grupo C - Tratamiento de pacientes con sospecha de COVID-19

- **Nivel de atención:** Aislamiento respiratorio y de contacto.
- **Condiciones de hospitalización:** Aislar individualmente al paciente; cuando esto no sea posible, reunir a varios pacientes, con el mismo diagnóstico, en la misma sala.
- **Laboratorio**
 - Hemograma, plaquetas, glicemia, urea, creatinina, GOT, GPT, Electrolitos, Proteína C reactiva
 - Gasometría arterial o saturación de O₂
 - Rx de tórax
 - Valorar ecocardiografía (en pacientes con cardiopatía previa)
- **Tratamiento**
 - Hidratación de mantenimiento (ANEXO 2)
 - O₂ si la saturación de O₂ es de 95 o menos:
 - En bigotera si se requiere 2 litros/min de oxígeno o menos
 - En mascarilla si se requiere >2 litros/min de oxígeno
 - Iniciar Oseltamivir vía oral (dosis: Ver ANEXO 3) si tiene menos de 48 hs de fiebre, por 5 días O hasta la confirmación de COVID-19.
 - En caso de sibilancias: salbutamol en aerocámara
 - En caso de Fiebre: Paracetamol 15 mg/kg (hasta 500 mg) cada 6 hs
 - Si hay sospecha de neumonía bacteriana, iniciar antibiótico (ANEXO 4)
 - Considerar inicio de Lopinavir/Ritonavir VO (ANEXO 5)
 - Monitoreo de la función respiratoria

Escenario 4

A	Tiene cuadro compatible con COVID-19?	SI
B	Tiene algún factor de riesgo?	SI/NO
C	Tiene signos de alarma?	SI
D	Tiene insuficiencia respiratoria o trastorno del sensorio o inestabilidad hemodinámica?	SI

Grupo D – El paciente debe ser hospitalizado en hospital de referencia que disponga Unidad de Cuidados Intensivos en aislamiento estricto

Tratamiento de pacientes con sospecha de COVID-19 - Grupo D

Grupo D: Se incluyen pacientes con:

- Evidencia clínica de dificultad respiratoria grave:
 - Quejido espiratorio, retracción generalizada, cianosis central, aleteo nasal, cabeceo
- Incapacidad para alimentarse
- Incapacidad de mantener una Sa O₂ ≥ 92%, con aporte de oxígeno de >60%
- Gasometría (paFiO₂ ≤ 175 con O₂ por máscara de O₂ con reservorio) que requiera IOT.
- Inestabilidad hemodinámica que requiera o no IOT.

- Deshidratación o rechazo alimentario (en lactantes)
- Confusión o somnolencia.
- Crepitantes en la auscultación pulmonar
- Compromiso hemodinámico
- Radiografía con infiltrado intersticial uni o bilateral.

Nivel de atención: En una Unidad de Cuidados Intensivos

- **Laboratorio:**
 - Hemograma, PCR, Urea, Creatinina, Glicemia, GOT, GPT, Electrolitos, Crasis sanguínea
 - Gasometría arterial
 - Investigación de rabdomiólisis: CK-Aldolasa-LDH
 - Rx de Torax
 - Ecocardiografía
- **Tratamiento:** Inicie el tratamiento en el primer lugar de atención
- Hospitalizar en UTI en aislamiento respiratorio y de contacto
- Asistencia Respiratoria Mecánica (ANEXO 6)
- Monitoreo minuto a minuto
- Hidratación de mantenimiento (ANEXO 2)
- **Si la saturación de O₂ es de 95 o menos:**
 - En bigotera si se requiere 2 litros/min de oxígeno o menos
 - En mascarilla si se requiere >2 litros/min de oxígeno
 - Si no hay mejoría, iniciar ARM (asistencia respiratoria mecánica)
- **Iniciar Oseltamivir** (dosis, ver ANEXO 1) por vía oral por 5 días **O** Hasta la confirmación de COVID-19
- Si hay infiltrado pulmonar sugerente de complicación bacteriana, iniciar antibiótico (ver anexo)
- Iniciar tratamiento con Lopinavir/Ritonavir +/- hidroxiquina (ANEXO 5)
- Corregir acidosis, hipoglicemia, hipocalcemia
- En caso de choque, proceder conforme al ANEXO 7.
- Si persisten los signos de choque valorar:
 - Insuficiencia cardíaca por miocardiopatía
 - Sepsis bacteriana

4.1.- Situaciones especiales

4.1.1.- Recién nacidos

4.1.1.1.- Definiciones

Caso sospechoso de COVID-19: son recién nacidos sospechosos de COVID-19, aquellos nacidos de madres con historia de infección por el SARS CoV-2 entre 14 días antes y 28 días después del parto, o aquellos expuestos a personas infectadas con el SARS CoV-2, incluyendo miembros de la familia, cuidadores, miembros del staff médico o visitas), presenten o no síntomas.

Caso confirmado de COVID-19: la infección con el SARS CoV-2 se confirma con la presencia de uno de los siguientes criterios:

- Aislamiento del SARS CoV-2 en muestras de secreciones respiratorias o sangre por Reacción de Polimerasa en Cadena en tiempo real (RT-PCR)
- Determinación del SARS CoV-2 por secuenciamento viral en muestras de secreciones respiratorias.

4.1.1.2.- Estudios laboratoriales

Los estudios laboratoriales que deben realizarse en los recién nacidos incluyen Hemograma, Proteína C Reactiva y detección del SARS CoV-2 por RT-PCR.

4.1.1.3.- Manejo del recién nacido:

- Todo caso sospechoso o confirmado en un recién nacido debe ser hospitalizado.

- Debe realizarse monitoreo de: frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de Oxígeno, temperatura, presión arterial, glicemia y aparición de síntomas gastrointestinales.

4.1.1.4.- Recién nacidos de madres con sospecha o confirmación de COVID-19

Los recién nacidos de madres infectadas con COVID-19 son en su mayoría bebés prematuros y, en base a la similitud entre 2019-nCoV y SARS, en el manejo intraparto se debe evaluar conjuntamente las condiciones maternas y fetales y elegir el mejor momento, modo y lugar para el parto:

- Todo el equipo, incluyendo obstetras, pediatras, anestesistas y personal de enfermería deben usar equipo de protección (máscaras, batas enterizas, delantal impermeable, máscaras N95, guantes).
- Para reducir el riesgo de transmisión vertical de SARS – CoV-2019, se recomienda el clampado inmediato del cordón umbilical.
- Evitar el contacto con la madre luego del parto (apego).
- Llevar al recién nacido inmediatamente a una sala para realizar la atención inmediata. La reanimación de los recién nacidos debe realizarse conforme a las normas de reanimación neonatal (NRP).
- La limpieza del quirófano, sala de parto y la sala donde se atendió al recién nacido debe limpiarse conforme a las normas de higiene hospitalaria para COVID-19.
- El niño permanecerá aislado de la madre durante 14 días.
- La lactancia materna debe suspenderse en recién nacidos o lactantes hijos de madres con sospecha o confirmación de COVID-19 por lo menos durante 14 días o hasta que se documente desaparición del virus.

4.2.- Tratamiento

- No existe actualmente evidencia procedente de ensayos clínicos controlados para recomendar un tratamiento específico para el coronavirus SARS-CoV-2 en pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19. No obstante, esta información podría cambiar rápidamente debido a los resultados de varios ensayos clínicos en marcha.
- Los tratamientos con medicamentos en investigación deberían ser administrados solo en el contexto de ensayos clínicos aprobados o en el marco del uso de medicamentos en situaciones especiales, con estricta monitorización clínica.

4.2.1.- Corticoides sistémicos

- Los corticoides sistémicos no están recomendados de forma general. Estudios previos en pacientes con SARS, MERS e incluso gripe han demostrado que no tienen efectos beneficiosos en incluso se ha retrasado el aclaramiento del virus.
- Se puede valorar en casos de SDRA, shock séptico, encefalitis, síndrome hemofagocítico y cuando exista un broncoespasmo franco con sibilancias.

4.2.2.- Tratamiento del choque

- Si persiste una presión arterial media igual o inferior a 65 mm Hg a pesar de la administración de líquidos deben administrarse vasopresores.
- En persistencia de shock después de 24 horas debe valorarse la administración de hidrocortisona para el tratamiento de una posible insuficiencia suprarrenal asociada.
- Actualmente se recomienda tanto en la fase inicial como en el seguimiento de la resucitación, la valoración ecocardiográfica.
- En caso de persistencia de shock y si se comprueba disfunción miocárdica asociada se aconseja administrar dobutamina.

4.2.3.- Tratamiento antibiótico

- Los antibióticos no están recomendados de entrada, aunque en función de la clínica, el laboratorio o los resultados microbiológicos podrían estar indicados, especialmente en casos en investigación graves en los que no se pueda descartar otra etiología, sepsis asociada o sospecha de sobreinfección bacteriana. En

función de la evolución de los parámetros clínicos, laboratoriales y microbiológicos se debe desescalar el tratamiento antibiótico iniciado.

- En neumonía bacteriana utilizar tratamiento antibiótico empírico según ANEXO 4. La primera dosis se administrará lo antes posible.

4.2.4.- Tratamiento antiviral.

Los inhibidores de la neuraminidasa (Oseltamivir) se han utilizado en casos de MERS-CoV y oseltamivir ha sido inicialmente empleado en la epidemia de COVID-19 en China. No está clara su eficacia y posiblemente se ha usado para el tratamiento de la coinfección con gripe. En el momento actual no está recomendado, salvo en coinfección con gripe.

Existen argumentos para la utilización del lopinavir/ritonavir:

- Tiene actividad in vitro frente a coronavirus
- Su perfil de seguridad e interacciones son ampliamente conocidas del tratamiento del VIH.
- Junto con interferón α -2b inhalado es el tratamiento recomendado en China para el tratamiento de los pacientes con neumonía por COVID-19.
- Se ha administrado en monoterapia a los 99 pacientes descritos por Nanshan et al (2020) durante 3 a 14 días y existen ensayos clínicos en curso para COVID-19 en China incluyendo infecciones leves con lopinavir/ritonavir en monoterapia (ChiCTR2000029387, ChiCTR2000029539) y en combinación con interferón alfa2b (ChiCTR2000029308).
- Hay experiencia clínica en el tratamiento del SARS.
- Este tratamiento combinado con ribavirina redujo el riesgo de distrés y la muerte comparado con rivavirina sola.

El tratamiento lopinavir/ritonavir se valorará en niños con patología de base, aunque se trate de casos leves y en los casos de niños del grupo C y D. Tiene con cierta frecuencia efectos adversos gastrointestinales al inicio del tratamiento (diarrea, vómitos). Ver dosificación en el ANEXO 5.

4.2.5.- Hidroxicloroquina:

El tratamiento hidroxicloroquina (3 – 5 mg/Kp/día en 1 o 2 dosis por 10 días) se valorará en niños del grupo D.

Las reacciones adversas más frecuentes (1-10% pacientes) son los trastornos gastrointestinales (náuseas, vómitos), disminución del apetito, cefalea, alteración de la visión (visión borrosa), que desaparecen al interrumpir el tratamiento.

4.3.- Criterios de alta

- Los casos en investigación en los que se descarte COVID-19 se guiarán por los criterios clínicos habituales. Como: ausencia de fiebre por 24 – 48 hr, ausencia de distres respiratorio, mejoría del estado clínico (bienestar general, apetito, hemodinámica estable, buena diuresis) y ausencia de requerimiento de fluidos intravenosos
- En los casos probables o confirmados de COVID-19, además del criterio clínico para el alta médica, será necesario demostrar la negativización de las muestras del tracto respiratorio para finalizar el aislamiento. Para ello, será necesario obtener dos resultados de PCR negativo en dos muestras respiratorias obtenidas con una separación mínima de 24h entre ellas y tras la finalización de los síntomas. Una vez obtenidos los resultados, se procederá al alta de acuerdo con las autoridades correspondientes de Salud Pública.
- En términos generales no se requerirá negativización del virus en otras muestras, como orina o heces, para el alta del paciente. Esto debe tenerse en cuenta a la hora de establecer las medidas higiénicas recomendadas al alta.

5. Esquema de manejo COVID-19

Caso sospechoso de COVID-19: Persona que presente síntomas respiratorios (fiebre más uno de los siguientes síntomas: tos y/o dolor de garganta o dificultad respiratoria), y que cuente con alguno de los siguientes antecedentes: a) contacto con caso confirmado o bajo investigación a COVID – 19 o b) viaje o estancia a países con transmisión local comunitaria de COVID-19.

Caso confirmado de COVID-19: Persona que cumpla con la definición de caso sospechoso y que cuente con diagnóstico confirmado por laboratorio emitido por el MSPBS.

Grupo A

Tiene cuadro compatible con COVID-19?	SI
Tiene algún factor de riesgo?	NO
Tiene signos de alarma?	NO
Tiene insuficiencia respiratoria o trastorno del sensorio o inestabilidad hemodinámica?	NO

Manejo y tratamiento

- Manejo ambulatorio (excepto < 1 año)
- Aislamiento estricto
- Educación a los responsables acerca de los síntomas de alarma
- Fiebre: Paracetamol 15 mg/kg cada 6 hs
- Asegurar hidratación adecuada
- Los lactantes deben continuar con leche materna (la madre debe usar mascarilla y lavarse las manos antes y después de dar el pecho o tocar el lactante)
- Control médico si la fiebre persiste más de 48h
- Explicar a los padres o responsables lo siguiente: Si el paciente presenta dificultad para respirar, dolor de pecho, esputo con sangre, dificultad para alimentarse, confusión o somnolencia “debe regresar urgentemente al centro asistencial, aunque

Grupo B

Tiene cuadro compatible con COVID-19?	SI
Tiene algún factor de riesgo?	SI
Tiene signos de alarma?	NO
Tiene insuficiencia respiratoria o trastorno del sensorio o inestabilidad hemodinámica?	NO

Factores de riesgo:

- Edad ≤ 1 año
- Cardiopatías
- Enfermedad respiratoria crónica
- Condiciones con depresión inmunológica (cáncer, diabetes mellitus)
- Desnutrición
- Insuficiencia renal crónica
- Enfermedad neuromuscular
- Circunstancias sociales

Manejo y tratamiento:

- Hospitalización en sala individual o cohorte
- Laboratorio: Hemograma, plaquetas, glicemia, urea, creatinina, GOT, GPT
- Rx de Tórax en caso de tos persistente
- Líquidos vía oral (VO) (supervisado)
- Si no tolera la vía oral o bebe poco líquido, hidratar por vía IV a dosis de mantenimiento, excepto si está deshidratado
- Fiebre: Paracetamol 15 mg/kg cada 6 hs
- Re-evaluar diaria de la evolución clínica
- Si durante la re-evaluación se detectan signos de alarma pasa a **Grupo C**

Grupo C

Tiene cuadro compatible con COVID-19?	SI
Tiene algún factor de riesgo?	SI/NO
Tiene signos de alarma?	SI
Tiene insuficiencia respiratoria o trastorno del sensorio o inestabilidad hemodinámica?	NO

Criterios de gravedad:

- Quejido o tiraje
- Hipoxemia: saturación de O₂ < 93%
- Taquipnea:
 - < 2 meses ≥60 rpm 2–11 meses, ≥50 rpm
 - 1–5 años, ≥40 rpm >5 años > 30 RPM
- Deshidratación o rechazo alimentario
- Expectoración con sangre
- Dificultad para alimentarse
- Confusión o somnolencia
- Crepitantes en la auscultación pulmonar
- Rx de Tórax con infiltrados pulmonares
- Compromiso hemodinámico
- Consulta repetida por deterioro clínico

Manejo y tratamiento:

- Hospitalización en sala individual o cohorte
- Laboratorio: Hemograma, glicemia, urea, creatinina, GOT, GPT, electrolitos, gasometría, enzimas cardíacas, crisis sanguínea, determinación de influenza A y B, PCR para COVID – 19, Hemocultivo.
- Rx de Tórax, TAC, Ecocardiografía
- Hidratación parenteral
- Fiebre: Paracetamol 15 mg/kg cada 6 hs
- Sibilancias: salbutamol en aerocámara
 - Sospecha de neumonía bacteriana, iniciar antibiótico.
 - Monitoreo de la función respiratoria

Grupo D

Tiene cuadro compatible con COVID-19?	SI
Tiene algún factor de riesgo?	SI/NO
Tiene signos de alarma?	SI
Tiene insuficiencia respiratoria o trastorno del sensorio o inestabilidad hemodinámica?	SI

Pacientes que presentan:

- Quejido espiratorio, retracción generalizada, cianosis central, aleteo nasal, cabeceo
- Incapacidad para alimentarse
- Incapacidad de mantener una Sa O₂ ≥ 92%, con aporte de O₂ de >60%
- PaO₂/FiO₂ ≤ 250
- Necesidad clínica de ARM
- Inestabilidad hemodinámica
- Trastorno del sensorio
- Infiltrados pulmonares en más de 2 cuadrantes

Manejo y tratamiento:

- Hospitalización: Unidad de Cuidados Intensivos
- Laboratorio: HMG, glicemia, urea, creatinina, GOT, GPT, electrolitos, gasometría, enzimas cardíacas, crisis sanguínea, procalcitonina, dinero D, determinación de influenza A y B, PCR para COVID – 19, Hemocultivo.
- Rx de Tórax, TAC, Ecocardiografía
- Hidratación parenteral
- Fiebre: Paracetamol 15 mg/kg cada 6 hs
- Sibilancias: salbutamol en aerocámara
- Sospecha de neumonía bacteriana, iniciar ATB.
- Corregir medio interno
- Choque: expansión. valorar inotrópicos.
- Si persisten los signos de choque valorar: Insuficiencia cardíaca por miocardiopatía y/o sepsis bacteriana.

Oseltamivir: (en el grupo C y D).

Antibiótico: (Grupo C: cefotaxima + clindamicina), (Grupo D: Cefotaxima + Vancomicina)

Grupo C: considerar Lopinavir/ritonavir

Grupo D: considerar Lopinavir/ritonavir + hidroxicloroquina

6.- Bibliografía

- 1.- Documento técnico. Manejo clínico de pacientes con enfermedad por el nuevo coronavirus (COVID-19). Ministerio de Salud de España. Marzo 2020.
- 2.- Uptodate 2020. [file:///C:/Users/zheli/Downloads/Coronavirus%20disease%202019%20\(COVID-19\)%20-%20UpToDate%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/zheli/Downloads/Coronavirus%20disease%202019%20(COVID-19)%20-%20UpToDate%20(1).pdf).
- 3.- Chinese expert consensus on the perinatal and neonatal management for the prevention and control of the 2019 novel coronavirus infection (First edition).
4. Documento técnico Prevención y control de la infección en el manejo de pacientes con COVID-19. Febrero 2020. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Documento_Control_Infeccion.pdf
5. Wei Xia MD, Jianbo Shao MD, Yu Guo MD, Xuehua Peng MD, Zhen Li MD, Daoyu Hu MD. Clinical and CT features in pediatric patients with COVID-19 infection: Different points from adults. Pediatric Pulmonology. 2020;1-6.
- 6.- CONSENSO PROVISORIO DE TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LA INFECCION POR SARS-CoV-2. SOCIEDAD ARGENTINA DE INFECTOLOGIA.
- 7.- Procedimiento para el manejo de cadáveres de casos de COVID-19. Ministerio De Salud de España. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo_cadaveres_COVID-19.pdf

ANEXO 1

Medidas de precaución en la atención de pacientes con sospecha de COVID - 19 ambulatorios y hospitalizados

1.- Medidas dirigidas a la prevención y control de la infección

Los coronavirus son virus con envuelta lipídica que se transmiten principalmente por vía respiratoria en gotas de más de 5 micras y por el contacto directo con las secreciones respiratorias. Algunos procedimientos que generan aerosoles pueden incrementar el riesgo de transmisión del coronavirus.

Las siguientes recomendaciones de prevención y control de la infección se basan en el escenario actual en el que se desarrolla la infección por SARS-CoV-2 y en la última información disponible.

1.1. Medidas generales de información y actuación dirigidas a pacientes para prevenir las infecciones

- Colocar carteles informativos a la entrada de los centros sanitarios y en las salas de espera sobre higiene de manos, higiene respiratoria y etiqueta de la tos.
- Colocar alcohol gel, toalla de manos y basureros con tapa de apertura con pedal, al ingreso de los establecimientos de salud, para la higiene de manos e higiene respiratoria.
- Disponer en las zonas de espera alcohol gel, toallas descartables y basureros de residuos con tapa de apertura con pedal para su eliminación, para que los pacientes puedan hacer higiene de manos.

1.2.- Medidas generales dirigidas a la protección de la salud de los trabajadores

Se tendrán en cuenta las siguientes consideraciones para los trabajadores sanitarios y no sanitarios que entren en contacto con el paciente o su entorno:

- Reducir al mínimo posible el número de personal de salud y personal de servicios generales en contacto directo con pacientes con sospecha o enfermedad por SARS-CoV-2.
- Evitar la exposición del personal de salud y de servicios generales que tienen las siguientes condiciones: >60 años, patologías de base (asma y otras enfermedades pulmonares crónicas, diabetes, condiciones de inmunosupresión, enfermedad cardiovascular, medicación inmunosupresora, embarazo o lactancia)
- Los contactos ocurridos dentro de una institución sanitaria y, en particular, el personal de salud y administrativo, dedicados a la atención de estos pacientes o expuestos a entornos probablemente contaminados por el virus, deben recibir información, formación y entrenamiento adecuado y suficiente, basados en todos los datos disponibles, incluyendo el conocimiento del modo de

transmisión, los riesgos potenciales para la salud, las instrucciones sobre las precauciones que deberá tomar en relación a los mismos, las disposiciones en materia de higiene, particularmente la observación de las medidas de protección respiratoria e higiene de manos en todo momento, la utilización y empleo de ropa y equipos de protección individual, y las medidas que deberán adoptar en el caso de incidentes y para la prevención de estos, así como el control y reconocimiento de los síntomas asociados a la infección para la puesta en marcha de medidas dirigidas a evitar la transmisión de la infección.

- Los trabajadores no dedicados a la atención de pacientes con COVID-19 y no expuestos a entornos probablemente contaminados por el virus (seguridad, limpieza, administración, celadores, hostelería) deberán, asimismo, recibir información y formación sobre la prevención de la infección.

2.- Medidas de protección respiratoria conforme al área de trabajo

2.1.- Triage

Constituye la clasificación de los pacientes de manera a separar a los casos con síntomas respiratorios, de aquellos que no los tienen. Esta medida es fundamental para evitar la propagación de la enfermedad en los demás pacientes que acuden al Instituto de Medicina Tropical. El triaje debe situarse al ingreso del hospital. A todos los pacientes que acuden al hospital con sintomatología respiratoria se le ofrecerá una mascarilla quirúrgica.

El personal del mismo será capacitado y deberá contar con equipos de protección personal:

- Mascarilla quirúrgica
- Alcohol gel para higiene de manos

Además, deberá limpiar frecuentemente, con alcohol, la superficie de la mesa donde se encuentran sus materiales.

Tipo de Atención	Higiene de manos	Batas	Mascarilla quirúrgica	Mascarilla N95	Gafas/mascaras	Guantes
Triage	X		X			

2.2.- Atención en Área de pacientes respiratorios

- Ante cualquier paciente que acude al hospital con sintomatología de infección respiratoria se le ofrecerá una mascarilla quirúrgica.
- Si el paciente, además de clínica de infección respiratoria, cumple un criterio epidemiológico de sospecha de infección por coronavirus COVID-19, se considerará caso en investigación y será conducido a la habitación o box de aislamiento. La persona que le acompañe deberá colocarse también una mascarilla quirúrgica. De preferencia no se permitirá acompañantes, con excepción de niños y adultos incapacitados.

- La sala de atención de pacientes respiratorios tendrá información para los pacientes (carteles) en lugares estratégicos para proporcionar a los pacientes las instrucciones sobre higiene de manos, higiene respiratoria y tos.
- Se dispondrá en estas zonas de dispensadores con preparados de base alcohólica, toallas desechables y contenedores de residuos, con tapa de apertura con pedal, para la higiene de manos e higiene respiratoria.
- El médico y el personal de enfermería que atienden al paciente deberá tener un EPP que incluya mascarilla N95, gafas o máscara, mameluco cubriendo la cabeza descartable o bata, guantes. El personal de limpieza deberá utilizar mascarilla quirúrgica, gafas o máscara, mameluco cubriendo la cabeza descartable o bata, botas y guantes:

Tipo de Atención	Higiene de manos	Batas	Mascarilla quirúrgica	Mascarilla N95	Gafas/mascaras	Guantes
Área de respiratorios (médicos y personal de enfermería)	X	X		X	X	X
Área de respiratorios (personal de limpieza)	X	X	X		X	X

2.3.- Hospitalización del paciente

- El ingreso hospitalario de casos en investigación deberá ser notificado de forma urgente a las al MSP y región sanitaria correspondiente.
- Se atenderá al paciente en una habitación de uso individual con baño, con ventilación natural o aire acondicionado independiente, si no es posible, reunir a varios pacientes con el mismo diagnóstico en la misma sala. La puerta de la habitación deberá permanecer siempre cerrada.
- Para el traslado a la habitación de ingreso se le colocará al paciente una mascarilla quirúrgica.
- El profesional que traslade al paciente también llevará colocada una mascarilla quirúrgica. Durante el traslado se cubrirá la cama del paciente con una sábana limpia que se colocará en una bolsa cerrada herméticamente y señalizada.
- Se restringirán las visitas de familiares durante el tiempo que el paciente tenga indicación de aislamiento y deberán cumplir las precauciones de aislamiento requeridas.
- Se evitará que el paciente realice salidas innecesarias de la habitación; a ser posible se realizarán todas las exploraciones en la propia habitación.
- En caso de requerir ser trasladado a cualquier otra dependencia:
 - Se le colocará al paciente una mascarilla quirúrgica. El profesional que le acompañe deberá colocarse también una mascarilla quirúrgica.

- Se cubrirá la cama del paciente con una sábana limpia que posterior a su uso deberá colocarse en una bolsa impermeable herméticamente cerrada y deberá ser remitida a la lavandería para su lavado conforme a la normativa vigente.
- El médico, el personal de enfermería y el personal de limpieza que atienden al paciente deberá tener un EPP que incluya mascarilla quirúrgica, gafas o máscara, mameluco cubriendo la cabeza descartable o bata, guantes, guantes.
- En caso que se requiera el examen de garganta del paciente, aspirado de secreciones o intubación el personal de salud utilizara mascarilla N95, gafas o máscara, mameluco cubriendo la cabeza descartable o bata, botas y guantes:

Tipo de Atención	Higiene de manos	Batas	Mascarilla quirúrgica	Mascarilla a N95	Gafas/mascaras	Guantes
Sala de hospitalización (médicos, personal de enfermería y de limpieza)	X	X	X		X	X
Sala de hospitalización (medios y/o enfermeras que realizan procedimientos que pueden generar aerosoles)	X	X		X	X	X

2.5.- Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos

- El ingreso a la UCI de casos en investigación deberá ser notificado de forma urgente a las al MSP y región sanitaria correspondiente.
- Para el traslado a la UCI se le colocará al paciente una mascarilla quirúrgica.
- El profesional que traslade al paciente también llevará colocada una mascarilla quirúrgica. Durante el traslado se cubrirá la cama del paciente con una sábana limpia que se colocará en una bolsa cerrada herméticamente y señalizada.
- Se restringirán las visitas de familiares durante el tiempo que el paciente tenga indicación de aislamiento y deberán cumplir las precauciones de aislamiento requeridas.
- En caso de requerir ser trasladado a cualquier otra dependencia:
 - Se le colocará al paciente una mascarilla quirúrgica. El profesional que le acompañe deberá colocarse también una mascarilla quirúrgica.
 - Se cubrirá la cama del paciente con una sábana limpia que posterior a su uso deberá colocarse en una bolsa impermeable herméticamente cerrada y deberá ser remitida a la lavandería para su lavado conforme a la normativa vigente.
- El médico, el personal de enfermería y el personal de limpieza que atienden al paciente deberá tener un EPP que incluya mascarilla N95, gafas o máscara, mameluco cubriendo la cabeza descartable o bata, botas y guantes:

Tipo de Atención	Higiene de manos	Batas	Mascarilla quirúrgica	Mascarilla N95	Gafas/mascaras	Guantes
Unidad de Cuidados Intensivos (médicos, personal de enfermería y de limpieza)	X	X		X	X	X

2.6.- Traslado del paciente en ambulancia

- En caso de que se precise el traslado del paciente en ambulancia, éste se hará en una ambulancia con la cabina del conductor físicamente separada del área de transporte del paciente.
- La limpieza y desinfección de la ambulancia se hará de acuerdo con los procedimientos habituales de la empresa. A los trabajadores encargados de la limpieza se les facilitarán los EPI necesarios.
- El personal que intervenga en el traslado deberá ser capacitado y deberá utilizar equipo de protección individual (EPI), que incluye mascarilla N95, gafas o máscara, mameluco cubriendo la cabeza descartable o bata, botas y guantes:

Tipo de Atención	Higiene de manos	Batas	Mascarilla quirúrgica	Mascarilla N95	Gafas/mascaras	Guantes
Traslado en ambulancia	X	X		X	X	X

2.7.- Toma de muestras clínicas

- Se preparará la muestra para su envío al laboratorio en la misma habitación o box donde se encuentre el paciente.
- Las muestras serán transportadas en contenedores cerrados,
- Se limpiará la parte externa del tubo que contiene la muestra con un desinfectante de superficies o una toallita impregnada en desinfectante.
- La muestra se manipulará con las precauciones estándares del manejo de muestras clínicas.
- Notificar precozmente al laboratorio que van a recibir dicha muestra.
- Para su transporte fuera del hospital, las muestras se considerarán potencialmente infecciosas (categoría B) y deberán ser transportadas en un triple embalaje.
- Para la toma de muestras biológicas el personal sanitario deberá llevar colocado el equipo de protección individual especificado (mascarilla N95, gafas o máscara, mameluco cubriendo la cabeza descartable o bata, botas y guantes:

Tipo de Atención	Higiene de manos	Batas	Mascarilla quirúrgica	Mascarilla N95	Gafas/mascaras	Guantes
Toma de muestras	X	X		X	X	X

3.- Aislamiento domiciliario

- Todo personal de salud que atienda sin el EPP deberá realizar cuarentena durante 14 días
- Aquellos pacientes que no reúnan criterios de internación deberán ser remitidos a sus hogares para aislamiento domiciliario estricto, previa comunicación y notificación al MSP y BS.
- Se debe asegurar previamente que tanto el paciente como sus familiares son capaces de aplicar de forma correcta y consistente las medidas básicas de higiene, prevención, y control de la infección, para asegurar el mismo se entregará al paciente una Cartilla informativa con las recomendaciones de aislamiento domiciliario (ANEXO 8).

4.- Medidas de prevención y control de infecciones

4.1.-Higiene de manos

- La higiene de manos es la medida principal de prevención y control de la infección. Deberá realizarse, según la técnica correcta (figura 1) y siempre en cada uno de los siguientes momentos (figura 2):
 1. Antes del contacto con el paciente.
 2. Antes de realizar una técnica aséptica.
 3. Después del contacto con fluidos biológicos.
 4. Después del contacto con el paciente.
 5. Después del contacto con el entorno del paciente.
- Además, se realizará higiene de manos antes de colocarse el equipo de protección individual y después de su retirada.
- Si las manos están visiblemente limpias la higiene de manos se hará con productos de base alcohólica; si estuvieran sucias o manchadas con fluidos se hará con agua y jabón antiséptico.
- El haber utilizado guantes no exime de realizar la correcta higiene de manos tras su retirada.
- Las uñas deben llevarse cortas y cuidadas, evitando el uso de anillos, pulseras, relojes de muñeca u otros adornos.

4.2.- Equipo de protección individual (EPI)

- El personal que tome las muestras clínicas, atienda o traslade a casos en investigación, probables o confirmados o las personas que entren en la habitación de aislamiento, deberán llevar un equipo de protección individual para prevenir la transmisión de la infección.
- En los casos de pacientes menores o pacientes que requieran acompañamiento, el acompañante deberá adoptar las medidas necesarias para su protección mediante la utilización de equipos de protección individual adecuados.
- El equipo de protección individual se colocará antes de entrar en la habitación. Una vez utilizado se eliminará dentro de la habitación con excepción de la protección respiratoria que se retirará fuera de la misma. Se realizará una correcta higiene de manos después de retirar el equipo de protección. Los EPI desechables se deben colocar en los contenedores adecuados y deben ser tratados como residuos infecciosos.

Equipo de Protección Individual	
Bata	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colóquese una bata resistente a líquidos antes de entrar en la habitación. ▪ En caso de que se prevea que se van a generar grandes cantidades de secreciones o fluidos se podrá utilizar una bata impermeable. ▪ Retírese la bata dentro de la habitación y eliminarla en un contenedor de residuos de residuos de clase III con tapa de apertura con pedal.
Botas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colóquese una bota de caucho
Protección respiratoria	<p>Mascarilla quirúrgica Deben usar mascarilla quirúrgica (mascarilla común)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El personal de salud que atiende al paciente. ▪ El personal, que ayuda al traslado del paciente a otra área del hospital (radiología, traslado a otra sala etc.) ▪ El personal de limpieza de las salas, donde exista pacientes con sospecha o confirmación del virus. ▪ El conductor, durante el traslado de pacientes en ambulancias. ▪ Todo paciente con síntomas y signos respiratorios ▪ Todo paciente que es trasladado a otra área del hospital o durante el traslado en ambulancias. ▪ El familiar que acompaña al paciente <p>Quiénes deben usar respirador N95 en COVID-19</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Únicamente el personal de salud que realiza procedimientos que generen riesgo de salpicadura de fluidos a la cara o aerolización como toma de muestra respiratoria, aspiración de secreciones, intubación, recambio de tubo endotraqueal, fibrobroncoscopia, nebulizaciones. 2. Resucitación cardio-pulmonar de pacientes con casos sospechosos o confirmados de COVID-19.
Protección ocular	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antes de entrar en la habitación colóquese una protección ocular anti salpicaduras. ▪ En caso de que se vayan a generar aerosoles podrá utilizar una protección ocular ajustada de montura integral o un protector facial completo. ▪ Quítese la protección ocular antes de abandonar la habitación. ▪ El protector ocular podrá ser reprocesado (si su ficha técnica lo permite) y para ello se transportará a la zona de limpieza en un contenedor cerrado
Guantes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Después de realizar la higiene de manos colóquese unos guantes limpios; no necesitan ser estériles si la técnica no lo requiere. ▪ Cámbiese de guantes si se rompen o están visiblemente sucios. ▪ Deseche los guantes antes de abandonar la habitación en un contenedor de residuos con tapa. ▪ Realice inmediatamente una adecuada higiene de manos.

4.3- Recogida de muestras clínicas

- Para la toma de muestras biológicas el personal sanitario deberá llevar colocado el equipo de protección individual especificado.
- Se preparará la muestra para su envío al laboratorio en la misma habitación o box donde se encuentre el paciente.

- Las muestras serán transportadas en contenedores cerrados,
- Se limpiará la parte externa del tubo que contiene la muestra con un desinfectante de superficies o una toallita impregnada en desinfectante.
- La muestra se manipulará con las precauciones estándares del manejo de muestras clínicas.
- Notificar precozmente al laboratorio que van a recibir dicha muestra.
- Para su transporte fuera del hospital, las muestras se considerarán potencialmente infecciosas y deberán ser transportadas en un triple embalaje.

4.4.- Limpieza y desinfección de material sanitario

- Los coronavirus son virus envueltos por una capa lipídica lo que les hace ser especialmente sensibles a los desinfectantes de uso habitual en el medio sanitario.
- Se recomienda que todo el material no crítico (fonendoscopio, tensiómetro, termómetro, etc.) sea de uso exclusivo para el paciente y se deje en la habitación.
- El material que vaya a ser utilizado posteriormente con otro paciente deberá ser correctamente limpiado y desinfectado o esterilizado, dependiendo del tipo de material de que se trate, de acuerdo a los protocolos habituales del centro.
- El material que va a ser reprocesado se transportará a la zona de limpieza en un contenedor cerrado.
- Los productos de limpieza y desinfección habitualmente utilizados en los centros sanitarios tienen capacidad suficiente para inactivar el virus. No se requieren productos especiales.
- Para el reprocesamiento del material, el personal utilizará el equipo de protección individual de uso habitual para los procesos de limpieza y desinfección de material.

4.4.1.- Limpieza y desinfección de las superficies y espacios

- Es importante asegurar una correcta limpieza de las superficies y de los espacios.
- El procedimiento de limpieza y desinfección de las superficies y de los espacios en contacto con el paciente se realizará en cada turno con solución de hipoclorito, con una concentración al 0,1%, etanol al 62-71% o peróxido de hidrógeno al 0,5%, en un minuto.
- Es importante que no quede humedad en la superficie cercana al paciente. Se pueden emplear toallitas con desinfectante.
- El personal de limpieza recibirá formación e información previa a la realización de la primera entrada al box o habitación y utilizará el equipo de protección individual especificado en el punto 1.8.
- La limpieza general se hará siempre en húmedo, desde las zonas más limpias a las más sucias.
- El material utilizado que sea desechable, se introducirá en un contenedor de residuos con tapa y etiquetado con las advertencias precisas.

4.5. Gestión de residuos

- Los residuos generados en la atención del paciente se consideran residuos de Clase III y por lo tanto deberán ser eliminados en bolsas blancas.

4.6.- Vajilla y ropa de cama

- No se requiere un tratamiento especial para la ropa utilizada por el paciente y tampoco es necesario una vajilla, ni utillaje de cocina desechable.
- La retirada de la ropa de la habitación del paciente se realizará según las recomendaciones, embolsada y cerrada dentro de la propia habitación.

4.7.- Fin de las precauciones de aislamiento

- Las precauciones de aislamiento se mantendrán hasta el alta del paciente.

4.8.- Identificación de los contactos de los casos en investigación

- Es importante identificar a todo el personal que atiende a los casos en investigación, probables o confirmados de infección por el COVID-19. Para ello, se realizará un registro de todo el personal que haya entrado en contacto. El riesgo deberá ser evaluado de manera individualizada.
- Cualquier consulta específica relacionada con las medidas de prevención y control de la transmisión de la infección en el hospital pueden ser dirigidas a los correspondientes DE Prevención y control de Infecciones Asociadas a Atención de la Salud.

4.9.- Manejo de cadáveres

Los cadáveres de personas fallecidas con sospecha o confirmación de COVID-19 constituyen un riesgo biológico, por lo que se debe realizar acciones para evitar la propagación:

4.9.1.- Medidas para el manejo de cadáver con sospecha o confirmación de COVID-19

- Traslado desde la sala (urgencias, sala de hospitalización o UCI) lo antes posible al depósito después del fallecimiento.
- Antes del traslado del cadáver, debe permitirse el acceso de los familiares cercanos, para una despedida sin establecer contacto físico con el cadáver ni con las superficies (camas, mesitas) u otros enseres de su entorno o cualquier otro material que pudiera estar contaminado.
- Los familiares que entren deben contar con bata desechable, guantes y una mascarilla quirúrgica.
- Todas las personas que participen en el traslado del cadáver desde el lugar del fallecimiento deberán estar capacitados y deberán estar en número suficiente para realizar esta operación minimizando los riesgos. Deben estar provistas con los equipos de protección individual (bata desechable y delantal de caucho, guantes de caucho, máscara y mascarilla quirúrgica).
- El cadáver será introducido en una bolsa sanitaria, que reúna las características técnicas sanitarias de resistencia a la presión de los gases en su interior, estanqueidad e impermeabilidad.
- La introducción en la bolsa se debe realizar dentro de la propia habitación de aislamiento.
- Esta bolsa, una vez cerrada y con el cadáver en su interior, se deberá pulverizar con desinfectante de uso hospitalario o con una solución de hipoclorito sódico que contenga 5.000 ppm de cloro activo (dilución 1:10 de hipoclorito de sodio con concentración 40-50 gr/litro preparada recientemente).
- Una vez que el cadáver esté adecuadamente empacado en la bolsa, se puede sacar sin riesgo para conservarlo en el depósito mortuario, colocarlo en un ataúd para realizar el entierro.
- No se recomienda realizar velatorio de manera a evitar aglomeración de personas.

4.9.1.- Autopsia

- Los riesgos habituales del trabajo en la sala de autopsia surgen del contacto con materiales infectivos, especialmente por salpicaduras, más que por inhalación de material infeccioso. En el caso del paciente fallecido por COVID-19, los pulmones y otros órganos todavía pueden contener virus vivos y es preciso tomar medidas de protección respiratoria durante los procedimientos que generan aerosoles de partículas pequeñas (por ejemplo, el uso de motosierras y el lavado de los intestinos).
- En general se recomienda solo si se considera realmente necesaria y se puede garantizar que ésta se realiza en un ambiente seguro se podrá llevar a cabo, cumpliendo las recomendaciones respecto al equipo de protección individual y la minimización de la producción de aerosoles referidas a continuación.
- Para su realización, se deberá sacar el cadáver de la bolsa sanitaria e introducirlo de nuevo al finalizar, siguiendo todas las precauciones detalladas previamente.
- Se debe reducir al mínimo imprescindible el número de personas que van a realizar la autopsia, sin que haya ninguna persona adicional en la sala salvo aquellos que la están realizando.
- Se debe elaborar un listado de todo el personal en contacto, quienes se debe autovigilar cualquier síntoma respiratorio en los 14 días posteriores a la última exposición a un caso confirmado para realizar el diagnóstico oportuno y proceder a su aislamiento, si fuera el caso.
- El equipo de protección individual para el personal que realiza las autopsias debe ser:
 - Ropa de cirugía
 - bata descartable
 - Delantal de caucho
 - Mascarilla N95 certificada
 - Mascara: que asegure la protección ocular
 - Doble guante;
 - Gorro;
 - Botas altas hasta la rodilla.

ANEXO 2

HIDRATACION PARENTERAL

Tratamiento. Cálculo de líquidos de mantenimiento

<u>Peso en Kg.</u>	<u>Volumen de mantenimiento</u>
<10	100 ml/kg/día
10 – 20	1000 + 50 ml/kg/día x (kg arriba de 10)
>20	1500 + 20 ml/kg/día x (kg arriba de 20)

Tratamiento. Composición de electrolitos del líquido de mantenimiento

- Por cada 1000 cc de dextrosa al 5% agregar:
 - Cloruro de Sodio 3 M 25 cc (75 meq/L de Sodio)
 - Cloruro de Potasio 3M 10 cc (60 meq/L de Potasio)

ANEXO 3

USO DE OSELTAMIVIR

Dosis de Oseltamivir

Niños

< 1 mes*	Oseltamivir	Vía oral	3 mg/Kg dosis cada 12 hs	5 días
>1 mes hasta 8,5 meses	Oseltamivir	Vía oral	3 mg/kg dosis cada 12 hs	5 días
9 meses a 11 meses	Oseltamivir	Vía oral	3,5 mg/kg dosis cada 12 hs	5 días
Mayores de 12 meses:				
≤15 kg	Oseltamivir	Vía oral	30 mg cada 12 hs	5 días
<15 – 23 kgs	Oseltamivir	Vía oral	45 mg cada 12 hs	5 días
>24 a 40 Kgs	Oseltamivir	Vía oral	60 mg cada 12 hs	5 días
>40 kg	Oseltamivir	Vía oral	75 mg cada 12 hs	5 días

***Dosificación de oseltamivir para lactantes prematuros: 1 mg/kg dosis cada 12 horas por 5 días.**

ANEXO 4

USO DE ANTIBIOTICOS

Antibioticoterapia inicial en caso de sospecha de neumonía bacteriana sobre-agregada

Edad	Primera elección	Otras opciones
3 semanas a ≤ 3 meses	Ceftriaxona 75 mg/kg/iv/d en una dosis (c/24 h) o Cefotaxima 150 mg/kg/iv/d fraccionados en tres dosis (c/8 h) por 7 a 10 d, según evolución.	Otras opciones: ampicilina 200 mg/kg/iv/d fraccionados en cuatro dosis (c/6 h) por 7 a 10 d.
3 meses a 5 años de edad, (neumonía no complicada).	Ampicilina 200 mg/kg/iv/día fraccionados en cuatro dosis (c/6 h) por 7 a 10 d, según evolución. Con mejoría clínica y buena tolerancia, pasar a VO	Cefotaxima 150 mg/kg/iv/d fraccionados en tres dosis (c/8 h) por 7 a 10 días, según evolución. Con mejoría clínica y buena tolerancia, pasar a VO
Paciente hospitalizado (no en UCI) con neumonía multilobar, derrame o neumatocele.	Cefotaxima 150 mg/kg/iv/d fraccionados en tres dosis (c/8 h) más Clindamicina 40 mg/kg/iv/día en 3 dosis) por 10 a 14 días, según evolución. Con empiema, drenar y extender el tratamiento por 14 a 21 días.	Ceftriaxona 75 mg/kg/iv/d en una dosis (c/24 h) mas Vancomicina 60 mg/kg/iv/d fraccionados en cuatro dosis c/6 u 8 horas. Con empiema, drenar y extender el tratamiento por 14 a 21 días
Hospitalizado, séptico, muy grave (o internado en UCI)	Cefotaxima 150 mg/kg/iv/d fraccionados en tres dosis (c/8 h) Vancomicina 60 mg/kg/iv/d fraccionados en cuatro dosis c/6 u 8 horas. Con empiema, drenar y extender el tratamiento por 14 a 21 días.	Ceftriaxona 75 mg/kg/iv/d en una dosis (c/24 h) mas vancomicina 60 mg/kg/iv/d fraccionados en cuatro dosis c/6 u 8 horas. Con buena tolerancia, pasar a VO. En caso de empiema, drenar y extender el tratamiento por 14 a 21 d.

ANEXO 5

OTROS ANTIVIRALES

Dosis recomendada de lopinavir/ritonavir en pacientes pediátricos desde los 6 meses hasta los 18 años

Pautas de dosificación pediátrica basada en el peso corporal* de mayores de 6 meses a 18 años		
Peso	Dosis de solución oral dos veces al día (en mg/kg)	Volumen de la solución oral administrada con la comida dos veces al día (80mg lopinavir/20mg ritonavir por mL)**
7 a 10	12/3 mg/kg	1,25 mL
>10 a <15		1,75 mL
15 a 20	10/2,5 mg/kg	2,25 mL
>20 a 25		2,75 mL
>25 a 30		3,50 mL
>30 a 35		4,00 mL
>35 a 40		4,75 mL

* Recomendaciones de dosificación basadas en el peso están sustentadas por datos limitados.

** el volumen (mL) de solución oral representa la dosis medida por el rango de peso.

Posología recomendada de lopinavir/ritonavir para pacientes pediátricos desde los 14 días hasta los 6 meses

Guías de pauta posológica pediátrica de 2 semanas a 6 meses		
Basándose en el peso (mg/kg)	Basándose en la ASC (mg/m ²)	Frecuencia
16/4 mg/kg (corresponde a 0,2 mL/kg)	300/75 mg/m ² (corresponde a 3,75 mL/m ²)	Administrar 2 veces al día con alimentos

Observación: En adultos, se está ensayando el uso de Remdesvir y podría ser una opción terapéutica en pacientes pediátricos graves.

Las dosis propuestas para la población pediátrica son:

- \geq 40 kg de peso: igual que adultos: dosis de carga el primer día de 200 mg/iv seguido de una dosis de mantenimiento de 100 mg/iv al día desde el día 2 al día 10.

- < 40 Kg de peso: dosis de carga el primer día de 5 mg/kg iv seguido de una dosis de mantenimiento de 2,5 mg/kg iv al día desde el día 2 al día 9.

Inmunoglobulinas intravenosas: se han empleado en casos graves pero su indicación y eficacia debe ser evaluados. Las dosis recomendadas son: 1 g/kg/día, 2 días, o 400 mg/kg/día, 5 días.

ANEXO 6

ASISTENCIA RESPIRATORIA MECANICA

1.- Preparación del ventilador

- Usar ramas sin humidificación activa y en caso de usar ramas con humidificación activa, las trampas deben estar funcionantes, para mantener siempre el circuito cerrado, evitando las desconexiones al máximo.
- Colocar filtros antibacterianos en la rama exhalatoria de todos los respiradores, independiente a la marca.
- Usar filtro antibacteriano y humidificador pasivo en todos los niños de ser posible, excepto en los lactantes menores y RN en los cuales se deberá utilizar la humidificación activa con los cuidados necesarios para disminuir los riesgos de contaminación.
- Utilizar frasco reservorio desechable de aspiración al vacío

2.- Preparación del paciente

- No nebulizar para no aerosolizar
- Compensar la hemodinamia, en caso de Choque (ANEXO 7)

3.- Técnica de intubación sin VPP

- Pre-oxigenar con O₂ de alto flujo a través de la máscara con reservorio o ventilación de alto flujo. No Utilizar VNI
- Administrar atropina en caso de ser lactante menor, luego sedación, analgesia y relajación. Una vez que el paciente se relaje se procede a visualizar la laringe, a través de laringoscopia directa o video laringoscopia, y se introducir el tubo.
- Se realiza aspiración abierta solo si es imprescindible.

4.- Técnica de intubación con VPP

- Realizar el procedimiento como mínimo entre 4 personas (solo para esta situación), 2 se encargan del boleo, 1 hace el sellado de la máscara con ambas manos y la otra se encarga de manejar la bolsa, la última persona, que debe ser la más entrenada para minimizar el tiempo de exposición y números de intentos, se encarga de la intubación, 1 enfermera para administrar medicación y pasar los instrumentales.
- Colocar filtro antibacteriano entre la máscara y la bolsa y la salida de la bolsa al reservorio.

- Administrar atropina en caso de ser lactante menor, luego sedación y analgesia, además de relajación, mientras se realiza ese procedimiento se debe oxigenar con el flujo de O₂ más alto a través de máscara de O₂ con reservorio, el bolso debe ser en volúmenes adecuados sin hiperventilar y evitando fugas.
- Monitorizar constantes vitales en todo momento, mantener la SO₂ lo más alta posible para luego, cuando el paciente se encuentre en apnea proceder a la intubación orotraqueal y comprobación de la posición del tubo

5.- Manejo de la ventilación mecánica

- Utilizar la modalidad en la cual el profesional se encuentre más acostumbrado ya sea V/C o P/C, sin que eso signifique dejar de medir los datos de la mecánica pulmonar (volumen exhalado, presión meseta siempre en V/C y en P/C en caso de que el flujo de aire no llegue a 0, autopeep, calcular presión drive)

6.-Utilizar parámetros de protección pulmonar

- **SIEMPRE**, utilizar parámetros de protección pulmonar
- Vol tidal aprox 6 ml/ k por el peso ideal
- PEEP inicial 15 cmH₂O, luego manejar según complianza
- FR adecuada para la edad, controlando siempre en curva de flujo / volumen que el flujo llegue a 0
- Presión meseta menor a 30
- Presión drive menor a 15
- Calcular complianza
- Utilizar estrategias de hipercapnia permisiva siempre que el pH sea alrededor de 7,20, independiente al valor de la pCO₂
- **SIEMPRE**, Utilizar como maniobra de reclutamiento alveolar
- Paciente en POSICION PRONO
- Cuando no se pueda lograr paFio₂ mayor a 150, tras 1 hora de manejo con peep de 15 o antes cuando se sobrepasa presión drive de 15 con parámetros protectores.
- Se podría utilizar maniobra de reclutamiento escalonada como prueba de reclutabilidad del pulmón, ante la falta de tomografía por impedanciometría, si no resulta exitosa la maniobra no volver a repetir.

OBSERVACIÓN: el personal de salud (médicos, personal de enfermería y de limpieza) que se encuentra en UCI a cargo del paciente con COVID-19 debe estar correctamente capacitado y utilizando EPP, conforme al ANEXO 1.

ANEXO 7

MANEJO DEL CHOQUE

- Expansión con suero fisiológico 0,9% a 20 ml por kilo hasta 3 veces o más, controlando mejoría de los signos de perfusión periférica o aparición signos de sobrecarga derecha, índice de shock, y/o guiando con mediciones ecográficas (índice vena cava/aorta)
- Si no hay mejoría, iniciar drogas inotrópicas (fallo de bomba) de preferencia:
 - Adrenalina a dosis inotrópicas 0.1 a 0,3 gammas
 - Dopamina \leq 10 gammas
 - Milrinona 0.35 gammas y titular
- Si persiste la hipotensión a pesar de la compensación de la bomba cardiaca con las medidas instauradas considerar uso de vasopresor noradrenalina o vasopresina.
- Seguir mediciones con control ecográfico y signos clínicos
- Uso de bicarbonato para corregir acidosis metabólica en caso de que el pH \leq 7.20
- Controlar y corregir disturbios del medio interno, como hipocalcemia, hipoglicemia, hipopotasemia.
- No retrasar el inicio de diuréticos o medidas de reemplazo renal en caso de instaurarse la injuria renal temprana (aproximadamente 24hs)

ANEXO 8

CARTILLA INFORMATIVA – ASILAMIENTO DOMICILIARIO



Instituto de Medicina Tropical

AISLAMIENTO DOMICILIARIO

- El paciente deberá permanecer en una habitación individual o, en caso de que esto no sea posible, en un lugar en el que se pueda garantizar una distancia mínima de 2 metros con el resto de los convivientes.
- La puerta de la habitación deberá permanecer cerrada. En caso de que sea imprescindible ir a las zonas comunes del domicilio deberá utilizar mascarilla quirúrgica y realizar higiene de manos al salir de la habitación. Se mantendrán bien ventiladas las zonas comunes.
- La estancia o habitación deberá tener una ventilación adecuada directa a la calle, asegurando que el aire corra desde las áreas comunes hacia la habitación (se debe realizar la prueba con un palillo de incienso)
- Deberá disponer de un baño para uso exclusivo del paciente, o en su defecto, deberá ser limpiado con lavandina tras cada uso que haga el paciente.