



**PROTOCOLO DE ATENCION DE PACIENTES EN URGENCIAS
PEDIATRICA ANTE LA EPIDEMIA DE CORONAVIRUS.
Sociedad Latinoamericana de Cuidados Intensivos Pediátricos(SLACIP)
COMITÉ DE EMERGENCIAS**

**Presidente SLACIP: Dr. Pablo Bravo
Vice-Presidente SLACIP: Dr. Carlos Roman**

**Director del Comité de Emergencias
Dr. Ricardo Iramain**

MIEMBROS DEL COMITÉ DE EMERGENCIAS

participantes del Consenso:

Introducción:

Coronaviruses (CoVs) comprende a una gran familia que envuelve a los RNA virus zoonóticos que son de la familia Coronaviridae. Ellos pueden infectar a una variedad de animales como ganado, pajaros , animales de compañía , etc ¹⁻². Pudiendo causar serios problemas cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales y neurológicos. En el ser humano puede causar enfermedades respiratorias y gastrointestinales. Síntomas que van desde un simple resfrío a una severa enfermedad como , bronquitis aguda, neumonía, Síndrome de Distres Respiratorio Agudo Pediátrico, coagulopatía, falla multiorgánica, exacerbaciones de cuadros asmáticos, fibrosis quística y muerte ³⁻⁴.

El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas identificaron un nuevo virus de la familia Coronaviridae, como agente causante de un brote de cuadros de neumonías graves. Fue denominado “nuevo coronavirus”, 2019-nCoV. 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.

El Comité Internacional de Taxonomía de Virus han designado 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).

La circulación común del COVID-19 puede ser aislado desde 4% a 6% en niños hospitalizados por cuadros de infección del tracto respiratorio y desde el 8% en niños en el ambiente ambulatorio ⁵⁻⁶⁻⁷⁻⁸⁻⁹.

Seguidamente presentamos un protocolo de manejo realizado en consenso por el COMITÉ DE EMERGENCIA de la SLACIP que deben interpretarse de forma individualizada para cada paciente y debe prevalecer el juicio clínico.

Estas recomendaciones pueden variar según evolucione nuestro conocimiento acerca de la enfermedad y la situación epidemiológica en CADA PAÍS y por tanto pueden ser actualizadas.

Como consideraciones generales se recomienda la publicación de información visual (carteles, folletos, etc.) en lugares estratégicos para proporcionar a los pacientes las instrucciones sobre higiene de manos, higiene respiratoria y tos.

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.
- **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.**

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.

Consideraciones Generales sobre Manejo Clínico:

En base a la información disponible, la incidencia y la severidad del COVID-19 en niños es menor a la de los adultos, la severidad va desde 10.6 %, 7.3%, 4.2%, 4.1% y 3.0% grupos de edad comprendidas entre <1, 1-5, 6-10, 11-15 y ≥16 años de edad, respectivamente. En cuanto a la mortalidad, hasta el momento un solo adolescente de 14 años de edad de Hubei ha fallecido en Febrero de este año ¹⁰.

Se realiza el TRIAGE en el Departamento de Emergencias Pediátrica, en el consultorio de Urgencias o área especial destinada para tal efecto. tras averiguar el motivo de consulta del paciente las preguntas se limitarán al criterio epidemiológico y relacionados a presencia de síntomas respiratorios y gripales.

- Si el criterio epidemiológico y clínico respiratorio son positivos, se avisará al personal sanitario y se acompañará al paciente a la zona designada de aislamiento en Urgencia hasta que sea atendido con el fin de evitar el contacto con otras personas. El personal que le traslade hasta al **circuito de aislamiento** llevará una mascarilla quirúrgica. Una vez en el circuito de aislamiento el personal sanitario puede completar el triaje y la anamnesis para verificar que el paciente cumple los criterios epidemiológicos y clínicos.

Cada hospital o servicio de Urgencias deberá establecer su propio procedimiento específico de aislamiento. Así mismo es recomendable el establecimiento de un circuito de evacuación del material utilizado que pueda generarse en la dicha zona.

Al circuito de aislamiento no deberán pasar los familiares o acompañantes del paciente, que serán informados del procedimiento a seguir. En los casos de menores o pacientes que requieran acompañamiento, el paciente tendrá derecho a dicho acompañamiento y deberán adoptarse las medidas necesarias para su protección mediante la utilización de equipos de protección individual adecuados, tal y como se recogen en el punto 4 de este documento

- Es importante disponer de medidas especiales en URGENCIAS para evitar contagios. Ver ANEXO 1.
- **Equipo de protección individual para el personal de Urgencias:**
De forma general, los casos en investigación deberán mantenerse en aislamiento de contacto y por gotas. Se cumplirá una estricta higiene de manos antes y después del contacto con el paciente y de la retirada del equipo de protección individual.
- El personal que acompañe al paciente hasta la zona de aislamiento llevará mascarilla de tipo quirúrgica. El personal que tome las muestras clínicas, atienda a casos en investigación, probables o confirmados o las personas que entren en la habitación de aislamiento (ej.: familiares, personal de limpieza...) deberán llevar un equipo de protección individual para la prevención de infección por microorganismos transmitidos por gotas y por contacto que incluya bata de protección, mascarilla, guantes y protección ocular. Aunque por el momento no existe consenso y evidencia probada de transmisión aérea se recomienda como medida de precaución la utilización de mascarilla con una eficacia de filtración equivalente a FFP2. En las situaciones en las que se prevea la generación de aerosoles, que incluyen cualquier procedimiento sobre la vía aérea, como la intubación traqueal, el lavado bronco-alveolar, o la ventilación manual, se deberá reducir al mínimo el número de personas en la habitación al estrictamente necesario para la atención del paciente. Aunque no es imprescindible, si existe posibilidad y se dispone de ella se podrá atender al paciente en una habitación de presión negativa. El personal que esté presente deberá llevar:

- Una mascarilla de alta eficacia N95, o FFP2 o preferiblemente FFP3 si hay disponibilidad.
- Protección ocular ajustada de montura integral o protector facial completo.
- Guantes
- Batas impermeables de manga larga (si la bata no es impermeable y se prevé que se produzcan salpicaduras de sangre u otros fluidos corporales, añadir un delantal de plástico).

Enfoques de tratamiento según escenarios Clínicos.

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.Estas indicaciones se harán desde el Consultorio de Urgencias.

- 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 según fiebre
- 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. GRUPO B. Sospecha de COVID -19 + Factores de Riesgo.

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

Grupo B – El paciente con SOSPECHA + FACTOR DE RIESGO debe ser admitido a la Unidad de Observación(UO) de Urgencias por 6 hrs. Si evolución clínica es buena es enviado a su domicilio con control

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

Tratamiento de pacientes con sospecha de COVID -19 + Factores de Riesgo. GRUPO B- Escenario 2:

- Presencia de uno o más factores de riesgo de complicaciones
- Condiciones de hospitalización: aislamiento en sala individual en Urgencias.
- Laboratorio: Hemograma, plaquetas, glicemia, urea, creatinina, GOT, GPT

- Rx de Tórax en caso de tos persistente
 - Rx tórax compatible con COVID-19:
 - - Infiltrados bilaterales con patrón intersticial o en vidrio esmerilado o infiltrados
 - pulmonares bilaterales alveolares compatibles con SDRA.
 - - Infiltrado unilateral multilobar compatible con infección viral.
- 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. En ese caso se queda en UO por 24 hrs.
- Si la evolución clínica de las 24 hrs es buena con aceptable ingesta VO alta a domicilio.
- Fiebre: Paracetamol 15 mg/kg cada 6 hs
- Sí durante la re-evaluación se detectan signos de alarma pasa a Grupo C

Escenario 3. Grupo C. SIGNOS DE ALARMA

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
E	Tiene Sat.O2 <92% con Taquipnea?	SI

Grupo C – El paciente debe ser admitido en la Unidad de Observación(UO) de Urgencias por 12 hrs con control estricto de signos vitales cada 3 hrs.

SIGNOS DE ALARMA.

- Dificultad para respirar
- Hipoxemia: saturación de O2 < 90% 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

Escenario 3-Grupo C - Tratamiento de pacientes con sospecha de COVID-19 y SIGNOS DE ALARMA.

- **Nivel de atención:** Aislamiento respiratorio y de contacto.
- **Condiciones de hospitalización en UO:** Aislar individualmente al paciente; cuando esto no sea posible, reunir a varios pacientes, con el mismo diagnóstico, en la misma sala. Una vez compensado el paciente transferir a una sala o área especial designado por cada Hospital para estos pacientes.

- **Laboratorio**
 - Hemograma, plaquetas, glicemia, urea, creatinina, GOT, GPT, Electrolitos, Proteína C reactiva
 - CPK, troponinas y BNP, fibrinógeno, dímero
 - D, ferritina
 - Gasometría arterial o saturación de O₂
 - Rx de tórax
 - Valorar ecocardiografía (en pacientes con cardiopatía previa)
- **Tratamiento**
 - Hidratación a 2/3 de las necesidades basales
 - Control de signos vitales con Monitor .Registrar cada 2 hrs.

 - O₂ si la saturación de O₂ es desde 95% o menos:
 - En bigotera si se requiere 3 litros/min de oxígeno o menos
 - En mascarilla si se requiere >3 litros/min de oxígeno
 - Objetivo mantener Sat.O₂ no menos de 92%
 - Iniciar Oseltamivir vía oral si hay sospecha o evidencia de Influenza . (dosis: Ver ANEXO 2) 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 2 puff c/20 min por 2 hrs, luego según evolución.
 - La **administración de broncodilatadores** se recomienda en forma presurizado MDI asociado a cámara espaciadora para evitar la generación de aerosoles, siempre y cuando se demuestre su utilidad clínica con una prueba terapéutica inicial. En caso de emplear broncodilatadores con nebulización (continua o intermitente) el cuál será solo cuando el paciente no mejore con aerocámara a una dosis de 2 puff cada 10 min., si hubiera disponibilidad se recomienda una habitación con presión negativa o hacerlo en una sola habitación. Se deberá evitar siempre en lo posible nebulización. De no estar disponible este tipo de sala se le atenderá en una habitación o box de uso individual con baño, con ventilación natural o climatización independiente. La puerta de la habitación deberá permanecer siempre cerrada

- En caso de Fiebre: Paracetamol 15 mg/kg (hasta 500 mg) cada 6 hs
 - Si hay sospecha de sobreinfección bacteriana Leucocitosis y elevación de PCR o PCT) iniciar antibioterapia con amoxicilina-clavulánico iv.
 - Considerar inicio de Cloroquina con Azitromicina. -.
Dosis de Cloroquina VO o SNG:
 - <6 años: hidroxicloroquina sulfato 6,5 mg/kg/día dividido cada 12 horas (máx. 400 mg/día)
 - >6 años: hidroxicloroquina sulfato 10 mg/kg/día dividido cada 12 horas (máx. 400 mg/día). Vigilar hipoglucemia, toxicidad hematológica, musculoesquelética y ocular. Vigilar ECG si combinación con otros fármacos que produzcan prolongación QT (macrólidos, tacrólimus, ondansetrón, etc).
- Azitromicina: dosis 10 mgrs/kg VO o SNG.

Escenario 4. GRUPO D. Paciente Grave. Internación en UCIP.

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 grave o trastorno del sensorio o inestabilidad hemodinámica?	SI
	Tiene Sat.O2 <92% con O2 y Taquipnea?	SI
	Tiene SAFIO2 < 264 ?	SI

Grupo D – El paciente debe ser admitido Unidad de Cuidados Intensivos en aislamiento estricto o continuar TX en Sala de Emergencias área pacientes críticos mientras consigue lugar en UCIP.

Grupo D – El paciente debe ser hospitalizado en Unidad de Cuidados Intensivos en las siguientes situaciones en aislamiento estricto. Si no se consigue en forma inmediata lugar en UCIP iniciar el sgte Tratamiento en el Departamento de Emergencias:

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, Taquipnea.
- Incapacidad para alimentarse
- Incapacidad de mantener una Sa O₂ ≥ 92%, con aporte de oxígeno de >60%
- PaO₂/FiO₂ ≤ 250
- SAFIO₂ ≤ 264
- Necesidad clínica de ARM
- Inestabilidad hemodinámica
- Trastorno del sensorio
- Infiltrados pulmonares en más de 2 cuadrantes

Nivel de atención: En una Unidad de Cuidados Intensivos o en Sala de Emergencias área pacientes críticos mientras consigue lugar en UCIP.

- **Laboratorio:**
 - Hemograma, PCR, Urea, Creatinina, Glicemia, GOT, GPT, Electrolitos, Crisis sanguínea
 - Gasometría arterial
 - Investigación de rabdomiólisis: CK-Aldolasa-LDH
 - Rx de Torax
 - Ecocardiografía
- **Tratamiento:**
- **Infección grave de vías respiratorias bajas**
- **Intubación: SI el paciente está crítico y requiere este procedimiento se hará de la sgte manera:** Se utilizarán tubos endotraqueales con balón para evitar las fugas, con presión balón < 25 cm H₂O. Si es necesario se preoxigenará con mascarilla reservorio de O₂ en vez de ventilación con bolsa autoinflable y se realizará con una secuencia rápida de intubación y por personal experto para minimizar el tiempo y el número de intentos del procedimiento de intubación.
Ventilación manual con mascarilla y bolsa autoinflable: En lo posible, evitar la ventilación con mascarilla y bolsa autoinflable. Si se debe utilizar, se hará con un filtro de alta eficiencia que impida la contaminación vírica, entre la bolsa autoinflable y la mascarilla, sin hiperventilar y evitando fugas.

Ademas de las recomendaciones anteriores respecto a monitorizacion y pruebas complementarias:

- Debe haber un manejo conservador de fluidos, dado que el manejo agresivo puede empeorar la oxigenación generando edema pulmonar (dar un aporte de 2/3 de las necesidades basales).
 - No se recomienda emplear sueros hipotonicos (ni almidones o gelatinas en caso de resucitacion). En caso de resucitacion se recomienda emplear cristaloides (Ringer lactato o suero fisiologico 0.9%), se desalienta el uso de almidones o gelatinas.
- Oxigenoterapia para mantener SaO₂ >92%.
- Evitar y/o limitar en la medida de lo posible los procedimientos generadores de aerosoles (tabla 3).

- No esta indicada la administracion sistematica de antibioticos. Se valorara en funcion de la gravedad del cuadro clinico y de la sospecha de sobreinfeccion bacteriana.
- Si hay sospecha de sobreinfeccion bacteriana (leucocitosis y elevacion de PCR o PCT) iniciar antibioterapia con cefotaxima + vancomicina iv¹¹⁻¹².
 - En pacientes **graves** se recomienda solicitar, además, CPK, troponinas y BNP, fibrinógeno, dímero D, ferritina y otros datos de HLH (linfocitosis hemofagocítica). Se valorará punción lumbar según clínica neurológica.

Inicie el **tratamiento** en el primer lugar de atención

- Hospitalizar en UTI en aislamiento respiratorio y de contacto. Monitoreo minuto a minuto
- Hidratación a 2/3 de las necesidades basales
- **Iniciar Oseltamivir** (ver ANEXO) 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)
- Considerar tratamiento con Lopinavir/Ritonavir +/- hidroxiclороquina + Azitromicina.
- Corregir acidosis, hipoglicemia, hipocalcemia
- Si hay **broncospasmos severo** o refractario al Salbutamol 2 puff con Aerocámara cada 10 a 15 min con O₂, e inicie corticoides iv.
- Si se sospecha de **Shock Septico**: Pensar cuando tenemos:
- Cualquier 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
- vasodilatación caliente con pulsos conservados; taquipnea; piel moteada o erupción petequial o purpúrica; lactato aumentado, PCT aumentado.
- oliguria, hipertermia o hipotermia.
- Iniciar suero fisiológico 20 ml/kg en bolo; repetir tres veces o mas según evolución. Si se llega a una dosis de 60 ml/kg de infusión de líquidos
 - inicie inotrópicos
 - Adrenalina o NorAdrenalina como drogas de primera línea 0.05-2 ug/kg/minuto.
- Si persisten los signos de choque valorar:
 - Insuficiencia cardíaca por miocardiopatía
 - Sepsis bacteriana

4.2.1.- Corticoides sistémicos

▪ Los corticoides sistémicos no están recomendados en forma liberal. Estudios previos en pacientes con SARS, han demostrado que tienen efectos beneficiosos si es bien utilizado. Hay corrientes que sostienen que se ha retrasado el aclaramiento del virus con el uso indiscriminado. Hay un reciente consenso chino el cuál sostiene que si se usa a una a dosis bajas 0,5 a 1 mgrs/kg/día y por corto tiempo de 3 a 5 días, puede ser efectiva y sin daños colaterales ¹¹⁻¹²⁻¹³⁻¹⁴.

En persistencia de shock después de 24 horas debe valorarse la administración de hidrocortisona para el tratamiento de una posible insuficiencia suprarrenal asociada

▪ Se puede valorar en casos de SDRA, shock séptico, encefalitis, síndrome hemofagocítico y cuando exista un broncoespasmo severo con sibilancias refractaria al tratamiento de broncodilatadores.

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 rutinariamente recomendado, salvo sospecha de 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.

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).

4.2.5.- Hidroxicloroquina + Azitromicina:

El tratamiento hidroxicloroquina más Azitromicina¹⁵ (3 – 5 mg/Kp/día en 1 o 2 dosis por 10 días) se valorará en niños del grupo C y D.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Fehr AR, Perlman S. Coronaviruses: an overview of their replication and pathogenesis. *Methods Mol Biol.* 2015;1282:1–23.
2. Amer HM. Bovine-like coronaviruses in domestic and wild ruminants. *Anim Health Res Rev.* 2018;19:113–124.
3. Cabeça TK, Granato C, Bellei N. Epidemiological and clinical features of human coronavirus infections among different subsets of patients. *Influenza .Other Respir Viruses.* 2013;7:1040–1047.
4. Woo PC, Lau SK, Chu CM, et al. Characterization and complete genome sequence of a novel coronavirus, coronavirus HKU1, from patients with pneumonia. *J Virol.* 2005;79:884–895.
5. Chiu SS, Chan KH, Chu KW, et al. Human coronavirus NL63 infection and other coronavirus infections in children hospitalized with acute respiratory disease in Hong Kong, China. *Clin Infect Dis.* 2005;40:1721–1729.
6. McIntosh K, Ellis EF, Hoffman LS, et al. The association of viral and bacterial respiratory infections with exacerbations of wheezing in young asthmatic children. *J Pediatr.* 1973;82:578–590.
7. Gaunt ER, Hardie A, Claas EC, et al. Epidemiology and clinical presentations of the four human coronaviruses 229E, HKU1, NL63, and OC43 detected over 3 years using a novel multiplex real-time PCR method. *J Clin Microbiol.* 2010;48:2940–2947
8. Uddin SMI, Englund JA, Kuypers JY, et al. Burden and risk factors for coronavirus infections in infants in rural Nepal. *Clin Infect Dis.* 2018;67:1507–1514.

9. Taylor S, Lopez P, Weckx L, et al. Respiratory viruses and influenza-like illness: epidemiology and outcomes in children aged 6 months to 10 years in a multi-country population sample. *J Infect.* 2017;74:29–41.
10. Yuanyuan Dong, Xi Mo, Yabin Hu, et al. Epidemiological Characteristics of 2143 Pediatric Patients With 2019 Coronavirus Disease in China. *Pediatrics* 2020-0702.
11. Documento: Manejo Clínico en Pediatría con Covid19. Instituto de Medicina Tropical, Comité de Infectología y Comité de Terapia Intensiva. Sociedad Paraguaya de Pediatría Marzo 2020.
12. Documento: DE MANEJO CLINICO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON INFECCION POR SARS-CoV-2. Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP). Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos (SECIP). 21 de Marzo 2020.
13. Rong-chang Chen, MD; Xiao-ping Tang, MD; Shou-yong Tan, MD; Treatment of Severe Acute Respiratory Syndrome With Glucocorticoids*The Guangzhou Experience. *CHEST* 2006; 129:1441–1452.
14. Lianhan Shang, Jianping Zhao, Yi Hu, Ronghui Du, *Bin Cao. On the use of corticosteroids for 2019-nCoV pneumonia.
15. Gautret et al. (2020) Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial. *International Journal of Antimicrobial Agents* – In Press 17 March 2020 – DOI : 10.1016.

ANEXOS

1 Hay que minimizar la posibilidad de exposición a virus respiratorios en las zonas de URGENCIAS ¹¹.

- Ante cualquier paciente que acude a un centro sanitario 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.
- Si se sospecha que el paciente va a requerir procedimientos con riesgo de generar aerosoles (intubación endotraqueal, lavado broncoalveolar, inducción del esputo, ventilación manual) se le atenderá en una habitación o box de uso individual con baño, con ventilación natural o climatización independiente. La puerta de la habitación deberá permanecer siempre cerrada.

- Se publicará información visual (carteles, panfletos, etc.) 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.

2.- Tratamiento antiviral de casos de influenza: 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.**