

- Si está disponible, siempre se debe usar el equipo de protección individual (EPI) completo cuando se cuida los niños COVID-19 positivos.
- Los procedimientos que generen aerosoles son de alto riesgo y se requiere un EPI completo. Dichos procedimientos deben reducirse al máximo. <sup>1,2</sup>

## PROTÉGETE SIEMPRE !

- • Por favor ten en cuenta: 1 PCR negativa no excluye el COVID-19: las recomendaciones para adultos indican que si el si el paciente tiene síntomas sugestivos del COVID-19 que se repita la PCR (continuar las precauciones) <sup>1,2</sup>

## Procedimientos que generan aerosoles

- Intubación/ayuda a la intubación
- Extubación
- Aspiración traqueal (sin sistema cerrado)
- Ventilación con bolsa y mascarilla
- VNI o VPP sin sellado adecuado
- Tos/estornudos o cualquier procedimiento que los induzca
- Cánula nasal de alto flujo
- Administración de medicamentos nebulizados
- Reanimación cardiopulmonar (antes de la intubación)
- • Cualquier procedimiento que pueda conllevar la desconexión del circuito del ventilador (pronación)

## Vía respiratoria y aspiración de secreciones

Supresión de la fisioterapia respiratoria de rutina <sup>3,4</sup>

Usar el EPI completo si existe algún riesgo de aerosoles <sup>1</sup>

Utilizar siempre un sistema de aspiración cerrada <sup>2,3,4</sup>

No cambiar el sistema de aspiración a menos que esté sucio/contaminado <sup>5</sup>

Evitar la desconexión del circuito de ventilación <sup>2,3,4</sup>

Si la desconexión es esencial: Detenga el flujo en el ventilador antes de desconectar y “clampar” el tubo ET para evitar las gotitas de aerosol.<sup>4</sup>

## Medidas generales

No cambiar el circuito del respirador de rutina al menos que esté contaminado <sup>6</sup>

Revisar la presión del cuff del TET cada 6-12 horas para comprobar que no haya fugas y que la presión sea segura <20cm H<sub>2</sub>O <sup>2,4</sup>

Si indicado, prono durante al menos 12 horas al día (evitar la desconexión) <sup>1,2,3,4</sup>

Minimizar la higiene oral a cada 12 horas (procedimiento de alto riesgo) <sup>7</sup>

Alimentar por vía enteral según se tolere y evitar las áreas de presión <sup>8</sup>

Precaución con nebulizaciones (EPI completo) <sup>9,10</sup>

Si el paciente está en CPAP/VNI asegurar que la mascarilla esté bien sellada y no tenga fugas (preferiblemente una mascarilla tipo full-face o un casco) <sup>11,12</sup>

## Mantenimiento del cuidado centrado en el niño y la familia

### **\*\*Si el niño es COVID-19 positivo los padres serán los contactos\*\***

Extremar el cuidado con las visitas de los padres hasta que sea COVID-19 negativos. Antes de acceder al área de atención al paciente, dar instrucciones diarias sobre la higiene de las manos, minimizar contacto con superficies, y el uso de EPI de acuerdo con las recomendaciones locales.<sup>13</sup>

Minimizar los miedos de los niños y las familias en relación a los profesionales equipados con EPIs a través de explicaciones y juegos apropiados para la edad y el desarrollo del niño.<sup>13</sup>

Cuando sea posible, tranquilizar al niño e involucre a los padres/cuidadores tanto como sea posible. Utilizar la tecnología disponible (como las videollamadas) para apoyar la comunicación entre el niño/padre/equipo médico y la familia en general.<sup>13</sup>

Para reducir la exposición, minimice las visitas a los padres/tutores solamente. Evitar la visita de los hermanos.<sup>4,13</sup>

Si los padres o hermanos presentasen síntomas por COVID-19, deben alertar al personal inmediatamente y no deben visitar a los niños.<sup>13</sup>

## Evidencia o recomendaciones de apoyo

1. Alhazzani W, Hylander Moller M, Arabi Y. et al Surviving Sepsis Campaign Guidelines on the management of critically ill adults with COVID-19. **Intensive Care Med** March 2020
2. ESICM Statement on the management of critically ill patients with COVID-19 March 2020
3. ESPNIC Guidance for the care of critically ill children with COVID-19: March 2020
4. Australian and New Zealand Intensive Care Society (ANZICS) Guidance on care of critically ill patients with COVID-19. March 2020,
5. Kollef M, Prentice D, Shapiro S et al. Mechanical ventilation with or without daily changes of in-line suction catheters. **Am J Resp Crit Care Med** 1997; 156: 466-472
6. Samransanruajkit R, Jirapaiboonsuk S, Siritanttiwat S et al. Effect of frequency of ventilator circuit changes (3 vs 7 days) on the rate of ventilator associated pneumonia in PICU. **J Crit Care** 2010; 25: 56-61.
7. Berry AM, Davidson P, Nicholson L et al. Consensus based clinical guideline for oral hygiene in the critically ill. **Intensive & Critical Care Nursing** 2011; 27; 180-185
8. Expert opinion only: no evidence
9. Hui D et al. Exhaled air and aerosolised droplet dispersion during application of a jet nebulizer. **CHEST** 2009; 135: 648-654.
10. O'Neil C, Li J, Leavey A. et al. Characterization of aerosols generated during patient care activities. **Clin Infec Dis** 2017; 65.
11. Hui D et al. Exhaled air dispersion during high-flow nasal cannula therapy versus CPAP via different masks. **Eur Resp J** 2019; 53:
12. Hui D et al. Exhaled air dispersion during non-invasive ventilation via Helmets and a total facemask. **CHEST** 2015; 147: 1336-1343
13. Davies HD, Byington CL, AAP COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES. Parental Presence During Treatment of Ebola or Other Highly Consequential Infection. **Pediatrics**. 2016;138(3):e20161891

**Autores: Associate Professor Lyvonne Tume ( Guideline lead, Past Nursing President), Dr Orsola Gawronski (Nursing President), Dr Joseph C. Manning (Chair Nursing Science Section), Professor Anne Sylvie Ramelet (Vice Chair Nursing Science Section), Dr Julie Menzies (Vice Chair PICU/NICU Nursing Section), Mrs Paulien Raymakers Janssen (Nursing President Elect) with contributions from Dr Mireia Garcia Cusco, Dr Martin Kneijber and Dr Joe Brierley, and on behalf of the nursing and nurse science sections.**