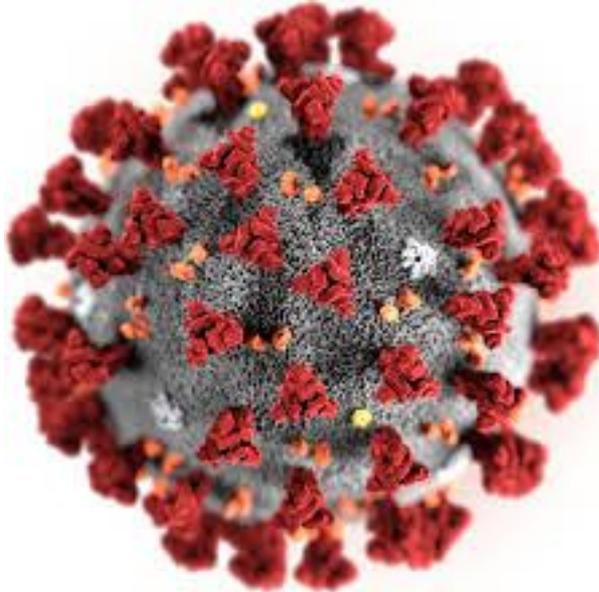


CASOS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR CORONAVIRUS



JOSEFA PLAZA ALMEIDA (GPI-AEPap)

REYES ATIÉNZAR GALLEGO (R1PEDIATRIA)

ABRIL 2020

PRIMER CASO CLÍNICO





MOTIVO DE CONSULTA



- Niño de 6 años que consulta el día 13-03-20 en urgencias del hospital por tos continua de 3 días de evolución y hallazgo de infiltrado en radiografía de tórax solicitada por su pediatra privado.
- En tratamiento con salbutamol desde hace 24 horas sin mejoría.
- Sin fiebre ni otra sintomatología acompañante.
- No hay historia de contacto con casos de COVID-19 ni ambiente epidémico domiciliario.



ANTECEDENTES PERSONALES



- Recién nacido a término. Periodo neonatal normal.
- Detección fetal de ectasia piélica derecha. En seguimiento por Nefrología infantil con diagnóstico de megauréter derecho.
- Asma inducido por virus en tratamiento con salbutamol a demanda.



EXPLORACIÓN FÍSICA



T^a: 37°C Sat.O2: **98%** FR: **24 r.p.m** FC:90 l.p.m

- Buen estado general. Coloración cutáneo mucosa normal. No exantemas. **No signos de dificultad respiratoria.**
- ACR: Normal. **Buena ventilación bilateral. No ruidos patológicos.**
- Abdomen: Normal.
- ORL: Orofaringe eritematosa sin exudados.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS



RX TÓRAX (informada por radiólogo):

Infiltrado retrocardiaco izquierdo con aumento de broncograma aéreo.
Patrón intersticial bilateral hilar asociado. Senos libres.



EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS



ANALÍTICA:

- Hemograma: Hb 13,8, leucocitos 9880 (N 4841, L 3062)
- Bioquímica: Glucosa 101, GPT 11, CK 103,
- PCR:14,7mg/L
- Gasometría venosa: PH 7,35, PCO2 36,5

Desde urgencias ante radiología compatible con posible caso COVID-19 se decide solicitar:

PCR SARS-CoV-2: POSITIVA



EVOLUCIÓN



- Permanece afebril y asintomático, manteniendo adecuada saturación de O₂ sin precisar oxigenoterapia.
- Tras resultado positivo de PCR SARS-CoV-2, y dada la escasa sintomatología, se decide alta el mismo día de ingreso.
- Tras explicar medidas de aislamiento, se realiza seguimiento domiciliario.



DIAGNÓSTICOS



- Infección respiratoria por SARS-CoV-2 con sintomatología leve.

- Tos, equivalente asmático.



TRATAMIENTO



- Salbutamol con cámara espaciadora a demanda.
- Paracetamol, si fiebre.
- Se dan pautas de alarma y hoja informativa de recomendaciones.
- Se insiste en el aislamiento domiciliario.
- Se realizará seguimiento telefónico de evolución de enfermedad por su pediatra de atención primaria.



SEGUIMIENTO



- Se realizó seguimiento telefónico por su pediatra de atención primaria, no precisando consulta presencial ni pruebas complementarias, dada la buena evolución del proceso.
- No presentó fiebre ni otros síntomas en las semanas posteriores.
- No hubo casos de COVID-19 en el resto de familiares, ni antes ni después de este caso.
- Se preguntó sobre el posible contacto del niño con algún caso pero no se identificó, atribuyéndose al colegio el lugar más probable de contagio.

SEGUNDO CASO CLÍNICO



MOTIVO DE CONSULTA

- Lactante de 14 meses que acude a urgencias el 15-03-20 por dificultad respiratoria.
- Presenta cuadro catarral desde hace una semana con broncoespasmo asociado en tratamiento con salbutamol 4 puff cada 8 horas. Refieren aumento de la dificultad en la últimas horas.





MOTIVO DE CONSULTA

- Febrícula de 37,7°C con pico febril aislado de 38°C en las últimas 48 h. Algún vómito de contenido mucoso, desencadenado por la tos. Deposiciones normales.
- Madre sanitaria en aislamiento por contacto directo con COVID-19.





ANTECEDENTES PERSONALES



- Recién nacido a término. Periodo neonatal normal.
- Asma inducido por virus en tratamiento con salbutamol a demanda.



EXPLORACIÓN FÍSICA



- A su llegada a urgencias se constata Sat. O₂ del 86% junto con taquipnea y tiraje universal. T^a 37,5°C.
- Aceptable estado general. Coloración cutáneo-mucosa normal. No exantema ni petequias.
- AP: Aceptable entrada de aire bilateral con subcrepitantes dispersos.
- Resto de exploración física normal.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS



RX TÓRAX

Infiltrado intersticial bilateral. Infiltrado alveolar retrocardíaco. Senos costofrénicos libres.



EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS



- Gases venosos: pH 7,36, pCO₂ 40,4 mmHg, pO₂ 40,9 mmHg, Bicarbonato 22,7 mmol/L, Exc Base -2,4
- PCR Virus Gripe: NEGATIVA.
- PCR VRS: **POSITIVA**

Por época epidémica COVID-19 y madre en contacto con paciente positivo, se solicita PCR SARS-CoV-2.

EVOLUCIÓN

- A su llegada se administra oxigenoterapia con mascarilla venturi a un flujo 8 lpm (FiO_2 31%), así como tratamiento broncodilatador (Salbutamol+ Bromuro de Ipratropio)+ Metilprednisolona a 2mg/kg vo.
- Se decide hospitalización ante necesidad de oxigenoterapia complementaria por persistencia de hipoxemia.

EVOLUCIÓN

- Al ingreso se extrae analítica ordinaria donde se observa una leve leucocitosis 11310 (5940N 4160L), PCR: 8,7 mg/L, LDH 284, CK 49, GPT 12, glucosa 116 y urea 31. En las primeras 24 horas se obtiene un resultado **NEGATIVO** en la PCR para SARS-CoV-2.
- Durante el ingreso permanece afebril, en tratamiento con Ampicilina 200mg/kg/día por infiltrado en lóbulo medio, así como tto broncodilatador (Salbutamol y Bromuro de ipratropio) en cámara junto con Metilprednisolona en pauta descendente.
- Precisa oxigenoterapia de alto flujo (máximo 12 l.p.m con FiO₂ 55%) para mantener saturaciones en rango, que se puede descender progresivamente, hasta suspenderse 48 h antes del alta. Alta el tercer día de ingreso dada la buena evolución.



DIAGNÓSTICOS

- Crisis asmática moderada secundaria a infección por VRS.
- Neumonía LMD.

TRATAMIENTO

- Salbutamol, con cámara espaciadora y mascarilla, a demanda.
- Paracetamol, si fiebre.
- Amoxicilina 80mg/kg/día hasta completar 7 días de tratamiento.
- Se dan pautas de alarma y hoja informativa de recomendaciones.
- Se indica seguimiento telefónico de evolución de enfermedad por su pediatra de atención primaria.



REFLEXIONES



- En el momento actual, de transmisión comunitaria, cualquier infección respiratoria aguda es considerada caso posible de COVID-19, según las definiciones del Ministerio de Sanidad. No obstante, no podemos olvidar que sigue habiendo otras causas de afectación respiratoria habituales en niños.
- Esto nos obliga a tomar las precauciones necesarias a la hora de evaluar y explorar a nuestros pacientes.
- Se debe hacer contacto telefónico para valorar sintomatología y contexto epidémico familiar. Siguiendo algoritmo publicado en:

[https://www.aepap.org/sites/default/files/noticia/archivos-adjuntos/manejo covid-19 en ap pediatica gpi aepap.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/noticia/archivos-adjuntos/manejo_covid-19_en_ap_pediatica_gpi_aepap.pdf)



CUESTIONES CONTROVERTIDAS



CUESTIONES CONTROVERTIDAS

- ¿Es necesario Rx de tórax en todo paciente con clínica compatible con COVID-19?.
- ¿Es necesario un control radiológico en el seguimiento del paciente tras confirmar enfermedad por COVID-19?.
- ¿Es necesario el control analítico y/o de PCR en los casos de afectación leve por COVID-19?.
- ¿Es correcto, y cuando se debería plantear el tratamiento antibiótico en pacientes con infección por VRS?.





CUESTIONES CONTROVERTIDAS



¿Es necesario Rx de tórax en todo paciente con clínica compatible con COVID-19?

https://www.aepap.org/sites/default/files/noticia/archivos-adjuntos/manejo_covid-19_en_ap_pediatria_gpi_aepap.pdf

https://www.seipweb.es/wp-content/uploads/2020/04/15_4-AEP-SEIP-SECIP-SEUP.-DOCUMENTO-DE-MANEJO-CLINICO-DEL-PACIENTE-PEDIAi%CC%80TRICO-Extracto-del-documento-del-Ministerio-Propuestas.pdf

En ambos documentos se valora la necesidad de solicitar estudio radiológico según criterios de gravedad y los factores de riesgo del paciente.





CUESTIONES CONTROVERTIDAS



¿Es necesario un control radiológico y analítico en el seguimiento del paciente tras confirmar COVID-19?

Documento de manejo clínico del paciente pediátrico con infección por SARS-CoV-2. Actualización 15/4/2020 – AEP-SEIP-SEUP-SECIP

- Sobre la repetición de la radiografía: se puede considerar no repetir, si no ha empeorado durante el ingreso o si es normal al ingreso.
- Sobre la analítica: monitorizar si linfopenia, elevación significativa de reactantes de fase aguda, dímero D, o IL-6. Se puede considerar no repetir si es normal al ingreso y/o existe una clara mejoría clínica durante el ingreso.



CUESTIONES CONTROVERTIDAS



- **¿Es correcto, y cuando se debería plantear el tratamiento antibiótico en pacientes con infección por VRS?.**

Muy pocas evidencias apoyan su uso. Posible utilidad en infecciones complicadas.

La consolidación segmentaria y los infiltrados alveolares son más característicos de neumonía bacteriana que de bronquiolitis, pero no son buenos indicadores de la etiología, por lo que deben interpretarse en el contexto de la clínica a la hora de tomar decisiones sobre diagnóstico y tratamiento.

https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2016/xx01/03/n1-028-037_JosuePerez.pdf

