

Tratamiento del paciente pediátrico con COVID-19 y síntomas respiratorios leves-moderados*

Control evolutivo y tratamiento sintomático (analgésicos/antipiréticos)



En pacientes de **alto riesgo** con signos de infección respiratoria aguda leve-moderada* (fiebre, tos, dificultad respiratoria leve o bronconeumonía sin necesidad de oxigenoterapia...) considerar **tratamiento específico** para evitar la progresión a formas graves. Dado que la mayoría de los niños evolucionan bien, valorar muy cuidadosamente cada caso.



Condiciones de alto riesgo

- Receptores de trasplante de progenitores hematopoyéticos alogénicos o CAR-T, en los dos años tras el mismo, en tratamiento inmunosupresor o que tengan EICR independientemente del tiempo desde el trasplante.
- Inmunodeficiencias primarias: combinadas y de células B en las que se haya demostrado ausencia de respuesta vacunal.
- Tratamiento inmunosupresor con inmunomoduladores biológicos en los tres meses anteriores (seis meses en caso de anti-CD20), o con corticoides prolongados a dosis altas (>2 mg/kg/día ≥14 días, >1 mg/kg/día ≥28 días, >20 mg/día ≥14 días en niños de ≥10 kg de peso).
- Pacientes con enfermedades oncológicas o hematológicas en tratamiento activo con quimioterapia mielotóxica, o con tratamientos no citotóxicos con neutropenia (< 500 neutrófilos/mcL) o linfopenia (<1000 linfocitos/mcL) en el momento de la infección.
- Patología crónica compleja con dependencia de dispositivos de asistencia respiratoria.
- Receptores de trasplante de órgano sólido (menos de dos años desde el mismo o sometido a tratamiento inmunosupresor por sospecha de rechazo activo con independencia del tiempo desde el trasplante).
- Fibrosis quística (si afectación pulmonar grave).
- Tratamiento sustitutivo renal (hemodiálisis y diálisis peritoneal).
- Infección por VIH con linfocitos CD4 ≤200 cel/ml y/o <15%.



Opciones terapéuticas

Nirmatrelvir/ritonavir vo (Paxlovid®) en pacientes de >12 años y >40 kg de peso (*off-label*), si ≤5 días de síntomas. Dosis: 300/100 mg cada 12 horas 5 días, vigilando interacciones con otros fármacos cuidadosamente: <https://www.covid19-druginteractions.org/checker>

Remdesivir iv (Veklury®) si ≤7 días de síntomas. Aprobado en ≥28 días de vida y ≥3 kg de peso.

Dosis: día 1: 5 mg/kg (máx. 200 mg); días 2 y 3: 2,5 mg/kg (máx. 100 mg). Si los síntomas se agravan considerar prolongar el tratamiento hasta los 5 días.

Contraindicado en pacientes con insuficiencia renal con eFG<30 mL/min y elevación de transaminasas (≥ 5x límite superior de normalidad).

Anticuerpos monoclonales: en la actualidad no se considera recomendable su uso rutinario debido a la pérdida de actividad frente a las variantes actualmente circulantes (<https://cowdb.stanford.edu/susceptibility-data/table-mab-susc/>)

Tratamiento del paciente pediátrico con COVID-19 grave (no incluido MIS-C)

Si bronconeumonía* por SARS-CoV-2 que precisa O₂ para mantener SatO₂>93%:
asociar **dexametasona** hasta un máximo de 10 días

Dosis: dexametasona base vo 0,15 mg/kg (máx. 6 mg) cada 24 horas o
dexametasona fosfato iv 0,18 mg/kg (máx. 7,2 mg) cada 24 horas.

*Seguir el tratamiento habitual en bronquiolitis, asma y laringitis.



Valorar en casos de riesgo de trombosis (encamados y factores de riesgo, obesos, vías centrales, etc.), especialmente en adolescentes, profilaxis con **heparina de bajo peso molecular**

Dosis de enoxaparina: a) <2 meses: 0,75 mg/kg/dosis c/12h; b) ≥2 meses: 0,5 mg/kg/dosis c/12h o 1 mg/kg/dosis c/24h



y

Si duración de síntomas ≤7 días y no precisa ventilación mecánica ni ECMO:
asociar **remdesivir** durante 5 días o hasta el alta.

Dosis: 5 mg/kg intravenoso (máx. 200 mg) el primer día, seguido de 2,5 mg/kg intravenoso (máx. 100 mg) cada 24 horas del día 2 al 5



y valorar

Si progresión durante las siguientes 24-48 horas a pesar de dexametasona, y elevación de biomarcadores compatible con hiperinflamación (p.ej., PCR > 74 mg/L), sin datos de coinfección bacteriana o fúngica activa: considerar **tocilizumab** (*off-label* en COVID-19 en <18 años; dosis única de 8 mg/kg intravenoso, máx. 800 mg).

Como alternativa a tocilizumab: **baricitinib** durante 14 días o hasta el alta (*off-label* en COVID-19; dosis: 4 mg vo c/24h en ≥9 años; 2 mg vo c/24h en 2-8 años).

En la actualidad no se considera recomendable el uso rutinario de los anticuerpos monoclonales debido a la pérdida de actividad frente a las variantes actualmente circulantes (<https://covdb.stanford.edu/susceptibility-data/table-mab-susc/>)