

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: Personas que han recibido en los tres meses anteriores (seis meses en caso de rituximab): fármacos anti CD20 o belimumab. Considerar si tratamiento 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 que reciben quimioterapia de alta intensidad para tratamiento de enfermedades oncohematológicas, y aquellos con recuentos muy bajos de linfocitos (<100 cells/ μ L).
- Patología crónica compleja con dependencia de dispositivos de asistencia respiratoria.
- Receptores de trasplante de órgano sólido (menos de dos años desde el mismo) si inmunosupresión intensa (eventos de rechazo, inducción, etc.) o comorbilidad (p.ej., obesidad) o no vacunados.
- Fibrosis quística (solo si afectación pulmonar grave).
- Considerar en adolescentes obesos con IMC >35 sin vacunar.



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 <8 días de síntomas. *Off-label* si <12 años y/o <40 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/o elevación de transaminasas (\geq 5x límite superior de normalidad).

Anticuerpos monoclonales en pacientes de \geq 12 años y que pesen \geq 40 kg (*off-label*), con <6 días de síntomas y con serología de SARS-CoV-2 (IgG anti-S) negativa o bajo nivel de protección, se pueden valorar como alternativa. Por debajo de esa edad no existen datos de seguridad. Escasa actividad frente a la mayoría de variantes/subvariantes actualmente circulantes. Opciones disponibles:

Sotrovimab (Xevudy 500 mg iv, 1 dosis); tixagevimab/cilgavimab (Evusheld 300/300 mg im, 1 dosis); casirivimab/imdevimab (Fonaparve 600 mg/600 mg intravenoso o subcutáneo, 1 dosis).

Seleccionar el anticuerpo según la actividad frente a las diferentes variantes/subvariantes: <https://covdb.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** durante 7-10 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 <8 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 pacientes inmunocomprometidos de ≥12 años con COVID-19 grave, con serología de SARS-CoV-2 (IgG anti-S) negativa o bajo nivel de protección y replicación viral persistente, se puede considerar **anticuerpos monoclonales** (ver documento de COVID-19 leve-moderado para opciones y dosis).