

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 (fiebre, tos, dificultad respiratoria leve sin necesidad de oxigenoterapia...) considerar **tratamiento específico** para evitar la progresión a formas graves



Condiciones de alto riesgo

- Receptores de trasplante de progenitores hematopoyéticos o CAR-T, en los dos años tras el trasplante/tratamiento, en tratamiento inmunosupresor o que tengan EICH independientemente del tiempo desde el TPH.
- Receptores de trasplante de órgano sólido (menos de dos años o con tratamiento inmunosupresor para eventos de rechazo).
- 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) terapia específica con alguno de los fármacos de los siguientes grupos: fármacos anti CD20 o belimumab.
- Fibrosis quística.



Opciones terapéuticas

Remdesivir intravenoso si <7 días de síntomas

Dada la disponibilidad actual de este medicamento se considera la opción prioritaria. Dosis: día 1 a dosis de 5 mg/kg (máx. 200 mg), días 2 y 3 a dosis de 2,5 mg/kg (máx. 100 mg), durante un total de 3 días (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 (≥ 5 x límite superior de normalidad)

Anticuerpos monoclonales en pacientes de ≥ 12 años y que pesen ≥ 40 kg, con <6 días de síntomas y con serología de SARS-CoV-2 negativa, se pueden valorar como alternativa. Por debajo de esa edad no existen datos de seguridad.

Si variante ómicron o desconocida: sotrovivimab intravenoso (500 mg, 1 dosis). En el caso de otras variantes distintas a ómicron podría utilizarse casirivimab/imdevimab (600 mg/600 mg intravenoso o subcutáneo, 1 dosis).

Tratamiento del paciente pediátrico con COVID-19 grave

Si bronconeumonía por SARS-CoV-2 que precisa O₂ para mantener SatO₂>93%:
asociar **dexametasona** durante 7-10 días

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



Valorar en casos de riesgo de trombosis (encamados y factores de riesgo,
obesos, vías centrales, etc.) 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 <10 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
coinfeción activa: considerar **tocilizumab** (dosis única de 8 mg/kg intravenoso, máx. 800
mg).

Como alternativa a tocilizumab: **baricitinib** durante 14 días o hasta el alta (dosis: 4 mg
vía oral c/24h en ≥6 años; en <6 años consultar con un experto)

En pacientes inmunocomprometidos de ≥12 años con COVID-19 grave, con
serología de SARS-CoV-2 negativa y replicación viral persistente, se puede
considerar **anticuerpos monoclonales** (ver documento de COVID-19 leve para
opciones y dosis)