

COVID-19 Pediátrico

Runner en este resumen estaremos viendo sobre la infección por SARS-CoV-2 en la población pediátrica: diagnóstico, manifestaciones clínicas, estudios complementarios, tratamiento y vacunación.

También es importante resaltar las consideraciones vigentes para 2026, alineado con las recomendaciones de la OMS y la OPS.

Redactora

Neyder Santacruz de Nandi

Médica Cirujana egresada de la Universidad Privada del Este · Sede Presidente Franco, 2023

Médica Revalidada por la Unioeste · Revalida edición 2023.2

Médica de Estrategia Familiar · Concurso 2024, Prefeitura Nova Prata do Iguaçu, Paraná, Brasil

Bibliografía

Comité de Lactancia Materna SPP 2020 ·
Instituto de Medicina Tropical · Comité de
Infectología – Sociedad Paraguaya de Pediatría
· Comité de Terapia Intensiva Pediátrica –
Sociedad Paraguaya de Pediatría, Marzo 2020 ·
© 2025 Programa Ampliado de
Inmunizaciones (PAI) – Ministerio de Salud
Pública y Bienestar Social

SARS-CoV-2 y Enfermedad por COVID-19

Los coronavirus son virus de ARN monocatenario de sentido positivo con envoltura lipídica. El SARS-CoV-2 pertenece al género *Betacoronavirus* y es el agente etiológico de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). Comparte importante homología genética con el SARS-CoV-1, responsable del síndrome respiratorio agudo severo identificado en 2003, y su aparición en humanos se relaciona con un evento zoonótico, aunque los detalles precisos de su origen continúan siendo objeto de investigación.

En la población pediátrica, la mayoría de los casos son asintomáticos o presentan enfermedad leve; sin embargo, algunos niños pueden desarrollar neumonía, insuficiencia respiratoria, compromiso multiorgánico u otras complicaciones. El riesgo de enfermedad grave es mayor en niños con enfermedades crónicas, inmunosupresión y otros factores de riesgo.

Durante los primeros meses de la pandemia se identificó una complicación inflamatoria postinfecciosa denominada **síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico asociado temporalmente con SARS-CoV-2 (PIMS-TS)** en Europa, y **síndrome inflamatorio multisistémico en niños asociado a COVID-19 (MIS-C)** en Estados Unidos. Este síndrome aparece generalmente varias semanas después de la infección y puede afectar múltiples órganos y sistemas, caracterizándose por fiebre persistente, compromiso gastrointestinal, mucocutáneo, cardiovascular, hematológico y neurológico, con posibilidad de hipotensión, shock y disfunción ventricular.

- ❏ Los datos epidemiológicos de las primeras series de 2020–2021 no deben extrapolarse automáticamente a la situación actual. En 2026, el SARS-CoV-2 circula globalmente sin patrón estacional único; la evaluación pediátrica debe centrarse en la gravedad clínica, la edad y las comorbilidades.

Transmisión

Principalmente aérea, mediante partículas respiratorias de diferentes tamaños. La transmisión por superficies tiene menor importancia epidemiológica.

Período de incubación

Actualmente entre 3 y 6 días. El límite superior de 14 días corresponde a las primeras etapas de la pandemia. Con variantes recientes (Ómicron), la mediana es de 3–4 días.

Transmisibilidad presintomática

Una persona infectada puede transmitir el virus 24–48 horas antes de desarrollar síntomas. La transmisión es especialmente relevante en los días cercanos al inicio de los síntomas.

Manifestaciones Clínicas y Evaluación de Gravedad

La infección por SARS-CoV-2 puede presentar un amplio espectro clínico en la población pediátrica, desde una infección asintomática hasta enfermedad grave y crítica. No existe un conjunto de alteraciones clínicas, analíticas o radiológicas que permita diagnosticar COVID-19 de forma específica; el diagnóstico requiere integrar la presentación clínica, el contexto epidemiológico y las pruebas microbiológicas.

Manifestaciones más frecuentes

- Fiebre
- Tos
- Rinorrea y congestión nasal
- Odinofagia
- Cefalea
- Mialgias y fatiga
- Náuseas, vómitos o diarrea

Signos de alarma – evaluación urgente

- Tiraje importante o cianosis
- Alteración del estado de conciencia
- Hipoxemia ($\text{SatO}_2 < 94\%$)
- Incapacidad para mantener hidratación
- Signos de shock o mala perfusión
- Sepsis o compromiso multiorgánico

Grupos de mayor riesgo

- Enfermedades crónicas relevantes
- Inmunosupresión
- Condiciones que alteran la reserva fisiológica

Síndrome Inflamatorio Multisistémico Pediátrico (MIS-C)

El MIS-C se caracteriza por una respuesta inflamatoria sistémica intensa con fiebre persistente y compromiso variable de múltiples órganos. El diagnóstico es clínico y requiere: fiebre persistente, afectación de dos o más sistemas, evidencia de inflamación sistémica, evidencia de infección reciente o actual por SARS-CoV-2 o exposición epidemiológica compatible, y ausencia de una explicación alternativa más probable.

Ante un niño con fiebre persistente y signos de inflamación sistémica deben descartarse: sepsis bacteriana, síndrome de shock tóxico estreptocócico o estafilocócico, enfermedad de Kawasaki, apendicitis, miocarditis de otras etiologías, infecciones virales sistémicas y enfermedades hematológicas o reumatológicas. En 2026, ante signos de shock o compromiso cardiovascular, el paciente debe ser tratado como una urgencia pediátrica y la evaluación debe ser multidisciplinaria.

Diagnóstico: Definición de Casos y Contacto Estrecho

Durante las primeras etapas de la pandemia, la definición de caso dependía en gran medida de los antecedentes de viaje y del contacto con casos confirmados. Con la circulación global y sostenida del SARS-CoV-2, la historia de viaje dejó de ser un criterio esencial. Actualmente, la sospecha clínica debe basarse principalmente en la presencia de síntomas compatibles y el contexto epidemiológico local.

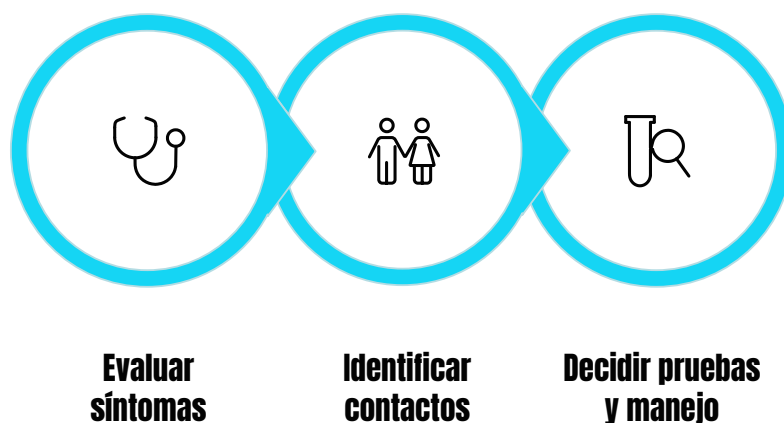
En 2026, la historia de viaje ya no debe utilizarse como requisito central para sospechar COVID-19.

Contacto estrecho – situaciones de riesgo

- Convivencia en el mismo domicilio
- Contacto prolongado en espacios cerrados
- Permanencia en ambientes con ventilación insuficiente
- Contacto directo con secreciones respiratorias
- Atención de persona infectada sin medidas de protección adecuadas

Prevención – medidas prioritarias (OMS)

- Ventilación adecuada de espacios cerrados
- Reducción de exposición cercana a personas sintomáticas
- Uso de mascarillas en situaciones de mayor riesgo
- Atención especial en hogares, escuelas, guarderías y hospitales
- **Mantener el calendario de vacunas actualizado**



La evaluación clínica debe integrar siempre la clínica, la epidemiología local, los antecedentes de exposición y la disponibilidad de pruebas diagnósticas. La desinfección rutinaria de superficies tiene menor relevancia epidemiológica que las medidas dirigidas a reducir la exposición a partículas respiratorias infecciosas.

Confirmación Microbiológica y Pruebas Diagnósticas

La confirmación etiológica se basa en la detección directa del SARS-CoV-2 mediante pruebas moleculares o de detección de antígenos. La elección de la prueba debe basarse en el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas, el contexto clínico y el objetivo del estudio. La mayoría de los niños con enfermedad leve no requiere evaluación extensa; en pacientes con enfermedad moderada o grave, sospecha de MIS-C o compromiso de otros órganos, los estudios complementarios son indispensables.



RT-PCR (NAAT)

Prueba de referencia para infección aguda. Mayor sensibilidad entre el día 1 y 5 de síntomas. Puede permanecer positiva durante semanas por persistencia de ARN viral sin implicar contagiosidad. Una RT-PCR negativa no excluye infección si la muestra fue tomada muy precozmente o la carga viral es baja.



Prueba Rápida de Antígeno

Identifica proteínas virales en pocos minutos. Mayor rendimiento en pacientes sintomáticos con carga viral elevada, durante los primeros 5–7 días de enfermedad. Un resultado negativo no descarta COVID-19 en pacientes con alta sospecha clínica. En hospitalizados o inmunosuprimidos, se prefiere la RT-PCR.



Serología (IgG)

No tiene utilidad para diagnosticar infección aguda. Útil en sospecha de MIS-C, estudios epidemiológicos y documentación de infección previa. La positividad aparece después de la primera semana y alcanza mayor rendimiento entre la segunda y tercera semana de enfermedad.

Objetivo	Prueba recomendada
Confirmar infección aguda	RT-PCR
Diagnóstico rápido en enfermedad leve	Antígeno
Sospecha de MIS-C	RT-PCR + Serología
Evidenciar infección previa	Serología



Período de incubación actual: 3–6 días. La transmisibilidad puede comenzar 24–48 horas antes de los síntomas. Una RT-PCR positiva tardía no implica que el paciente continúe siendo infeccioso.

Estudios de Laboratorio e Imagen

Los estudios de laboratorio deben solicitarse de acuerdo con la gravedad clínica y no de forma rutinaria en todos los pacientes. Los estudios de imagen se reservan para pacientes con síntomas respiratorios moderados o graves, sospecha de complicaciones o evolución desfavorable.

Laboratorio – hallazgos clave

- **Hemograma:** linfopenia (hallazgo más característico en enfermedad grave y MIS-C), neutrofilia, leucocitosis o trombocitopenia en casos graves
- **PCR:** marcador inflamatorio de mayor utilidad; muy elevada en MIS-C
- **Ferritina:** elevación importante orienta a hiperinflamación y síndrome de activación macrofágica
- **Procalcitonina:** puede elevarse en infección bacteriana y MIS-C; interpretar siempre con la clínica
- **Coagulación:** dímero D elevado, hiperfibrinogenemia, prolongación de TP/TTPa en casos graves
- **Función renal y hepática:** hiponatremia, lesión renal aguda, elevación leve de transaminasas, hipoalbuminemia
- **Marcadores cardíacos:** troponina y BNP/NT-proBNP ante sospecha de miocarditis, disfunción ventricular o MIS-C

Imagen – indicaciones y hallazgos

- **Radiografía de tórax:** estudio inicial en síntomas moderados o graves. Hallazgos: opacidades en vidrio deslustrado, infiltrados intersticiales, consolidaciones parcheadas bilaterales, distribución periférica y basal. Una Rx normal no excluye COVID-19.
- **Ecografía pulmonar:** creciente utilidad en pediatría, sin radiación. Muestra líneas B múltiples, irregularidad pleural, consolidaciones subpleurales.
- **TC de tórax:** NO recomendada como estudio inicial. Reservar para enfermedad grave, complicaciones o diagnóstico diferencial complejo. Hallazgo característico: vidrio deslustrado bilateral periférico, patrón en empedrado ("crazy paving").
- **Ecografía abdominal:** indicada en dolor abdominal intenso o sospecha de MIS-C (adenitis mesentérica, ascitis, engrosamiento intestinal).
- **Neuroimagen:** solo ante convulsiones, déficit neurológico focal, alteración de conciencia o sospecha de encefalitis.

Evaluación Cardíaca

Ante sospecha de compromiso cardiovascular deben solicitarse electrocardiograma (puede mostrar taquicardia sinusal, alteraciones del ST, prolongación del QT, arritmias) y ecocardiograma, especialmente cuando existe shock, elevación de troponina, BNP elevado o sospecha de MIS-C. El ecocardiograma permite identificar disfunción ventricular, miocarditis, derrame pericárdico, dilatación o aneurismas coronarios y trombos intracavitarios.

Tratamiento del COVID-19 Pediátrico

El tratamiento depende de la gravedad clínica, la edad, las comorbilidades y el riesgo de progresión. La mayoría de los niños presenta enfermedad leve o moderada y solo requiere tratamiento sintomático y medidas generales de soporte. Los tratamientos específicos se reservan para pacientes seleccionados con factores de riesgo o enfermedad grave, conforme a las recomendaciones vigentes de la OMS.

Clasificar al paciente debe ser el principal punto antes de pensar en cualquier tratamiento.

Enfermedad	Manejo
Asintomática	Observación
Leve	Tratamiento sintomático ambulatorio (paracetamol o ibuprofeno, hidratación, reposo)
Moderada	Hospitalización ± oxígeno según necesidad; monitorización clínica
Grave	Oxígeno + dexametasona ± remdesivir; soporte respiratorio escalonado
Crítica	UCI, soporte ventilatorio, corticoides, vasopresores, anticoagulación según indicación
MIS-C	Inmunoglobulina IV + corticoides ± inmunomoduladores (anakinra, tocilizumab, infliximab)

Oxigenoterapia

Iniciar cuando $\text{SatO}_2 < 94\%$.
Escarlar progresivamente: cánula nasal → mascarilla → alto flujo → VNI → VMI.

Corticoides sistémicos

Indicados en pacientes con necesidad de oxígeno, VNI, VMI o SDRA.
Dexametasona de primera elección.
No indicados en enfermedad leve sin oxígeno.

Antivirales

Remdesivir en hospitalizados con alto riesgo.
Nirmatrelvir/ritonavir (Paxlovid®) en adolescentes elegibles con factores de riesgo, primeros días de síntomas.

Antibióticos

Solo ante sospecha de infección bacteriana asociada, neumonía bacteriana, sepsis o shock séptico. No usar de forma rutinaria.

⊗ Medicamentos que ya NO se recomiendan: lopinavir/ritonavir, interferón, hidroxicloroquina, azitromicina como antiviral, ivermectina, oseltamivir (excepto coinfección por influenza). Demostraron ausencia de beneficio clínico o relación beneficio-riesgo desfavorable en ensayos clínicos controlados.

Criterios de Hospitalización, Alta y COVID-19 Neonatal

Criterios de hospitalización

- Hipoxemia
- Dificultad respiratoria moderada o grave
- Neumonía con compromiso clínico
- Deshidratación importante
- Imposibilidad para mantener la alimentación
- Convulsiones o alteración del estado de conciencia
- Shock
- Sospecha de MIS-C
- Comorbilidades de alto riesgo

Criterios de alta hospitalaria

- Ausencia de fiebre ≥ 24 horas sin antipiréticos
- Adecuada tolerancia oral
- Estabilidad hemodinámica
- SatO₂ adecuada respirando aire ambiente
- Mejoría del trabajo respiratorio
- Ausencia de necesidad de tratamiento IV
- Cuidadores capacitados para manejo domiciliario

❑ No se recomienda mantener al paciente hospitalizado únicamente para obtener una RT-PCR negativa. La persistencia de positividad puede reflejar ARN viral no viable.

COVID-19 en el Recién Nacido y el Lactante

La infección por SARS-CoV-2 en el período neonatal presenta características particulares debido a la inmadurez del sistema inmunológico. La mayoría de los recién nacidos expuestos permanecen asintomáticos o desarrollan cuadros leves. La transmisión vertical es infrecuente; la principal vía de contagio continúa siendo la transmisión horizontal por contacto estrecho.

• Alojamiento conjunto y contacto piel con piel

Se recomienda mantener el alojamiento conjunto madre-hijo siempre que ambos permanezcan clínicamente estables. El contacto piel con piel debe favorecerse desde el nacimiento cuando las condiciones lo permitan. La separación rutinaria ya no está indicada.

• Lactancia materna

Se recomienda mantenerla incluso si la madre presenta COVID-19, ya que la leche materna no constituye una vía importante de transmisión y aporta factores inmunológicos protectores. La madre debe realizar higiene de manos y usar mascarilla si presenta síntomas. La leche extraída no requiere pasteurización. Si la madre no puede amamantar directamente, se recomienda extracción para administración por cuidador sano.

• Diagnóstico y tratamiento neonatal

La prueba de elección es la RT-PCR en muestras respiratorias ante sospecha clínica o epidemiológica. Los recién nacidos asintomáticos generalmente no requieren estudios adicionales. El tratamiento es principalmente de soporte: monitorización clínica, mantenimiento de temperatura, hidratación, nutrición y soporte respiratorio cuando sea necesario. El alta se basa en estabilidad clínica, no en negativización de la RT-PCR.

Vacunación contra COVID-19 en Paraguay – Calendario 2026

La vacunación continúa siendo la principal estrategia para prevenir las formas graves de COVID-19, reducir las hospitalizaciones y la mortalidad, especialmente en los grupos con mayor riesgo de enfermedad severa. En Paraguay, el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) utiliza actualmente la vacuna **Spikevax LP.8.1 (Moderna®)**, una vacuna monovalente de ARN mensajero (ARNm) actualizada frente a las variantes circulantes del SARS-CoV-2, siguiendo los lineamientos de la OMS y la OPS.

Grupo poblacional	Esquema recomendado
Personas de 60 años o más	1 dosis anual
Adultos con comorbilidades	1 dosis
Niños de 6 meses a 4 años con comorbilidades sin vacunación previa	2 dosis con intervalo de 8 semanas
Niños de 6 meses a 4 años con comorbilidades previamente vacunados	1 dosis
Niños y adolescentes de 5 a 17 años con comorbilidades	1 dosis, independientemente del antecedente de vacunación
Adultos sanos	1 dosis, independientemente del antecedente de vacunación
Personal de salud	1 dosis anual
Embarazadas	1 dosis en cada embarazo a partir de las 20 semanas de gestación

Se recomienda posponer temporalmente la vacunación ante enfermedad febril aguda moderada o grave, o infección aguda en evolución. Las personas que hayan presentado recientemente COVID-19, dengue o chikungunya deben esperar al menos **cuatro semanas** antes de recibir la vacuna.

Seguridad

Efectos adversos frecuentes: dolor en el sitio de aplicación, fiebre, cefalea, fatiga, mialgias, escalofríos. La mayoría son leves y autolimitados (24–72 horas). Eventos graves como miocarditis son muy poco frecuentes y con incidencia considerablemente menor que las complicaciones cardíacas por la infección.

Beneficios en pediatría

Reduce el riesgo de hospitalización, neumonía grave, ingreso a UCI, MIS-C, complicaciones cardiovasculares y muerte. Los mayores beneficios se observan en niños con enfermedades crónicas, inmunodeficiencias, cardiopatías, enfermedades respiratorias y obesidad.

AIEPI COVID 19

El manejo del COVID-19 pediátrico ha evolucionado significativamente desde el inicio de la pandemia. Las recomendaciones actuales priorizan la evaluación clínica de gravedad, el tratamiento de soporte como pilar fundamental y el uso racional de intervenciones específicas. La estrategia AIEPI prioriza la evaluación clínica rápida, el aislamiento preventivo, la hidratación y el control sintomático, reservando el soporte respiratorio, los antivirales y la hospitalización solo para casos graves y poblaciones vulnerables.

01

Evaluar la gravedad clínica

Clasificar al paciente antes de cualquier decisión terapéutica: asintomático, leve, moderado, grave, crítico o MIS-C. La clasificación orienta todo el manejo.

02

Confirmar el diagnóstico adecuadamente

Elegir la prueba según el momento de la enfermedad: antígeno en los primeros 5 días, RT-PCR ante alta sospecha o enfermedad grave, serología solo para MIS-C o infección previa.

03

Aplicar tratamiento basado en evidencia

Soporte sintomático para la mayoría. Corticoides sistémicos en enfermedad grave con necesidad de oxígeno. Evitar medicamentos sin evidencia (hidroxicloroquina, ivermectina, interferón, lopinavir/ritonavir).

04

Reconocer el MIS-C oportunamente

Ante fiebre persistente, inflamación sistémica y compromiso cardiovascular o gastrointestinal, considerar MIS-C. Tratamiento: inmunoglobulina IV + corticoides ± inmunomoduladores. Manejo multidisciplinario urgente.

05

Vacunar y prevenir

Mantener el calendario de vacunación actualizado. La vacuna Spikevax LP.8.1 (Moderna®) es la estrategia más efectiva para reducir enfermedad grave, MIS-C y mortalidad en grupos vulnerables.

"El alta hospitalaria debe fundamentarse en la estabilidad clínica del paciente y no en la negativización de la RT-PCR, ya que la persistencia de ARN viral detectable no implica necesariamente capacidad de transmisión."