GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

PARA EL MANEJO DEL COVID-19 EN PEDIATRÍA

VERSIÓN EXTENSA

I. Lista de recomendaciones y puntos de buena práctica clínica

<table>
<tr><th>N°</th><th>Enunciado</th><th>Tipo *</th><th>Certeza **</th></tr>
<tr><td colspan="4">Pregunta 1. En pacientes pediátricos con sospecha o diagnóstico de COVID-19, ¿cuáles son los factores de riesgo a enfermedad severa?</td></tr>
<tr><td>1.1</td><td>En pacientes pediátricos con sospecha o diagnóstico de COVID-19, recomendamos tener en cuenta los factores de riesgo para progresar a enfermedad severa brindados por las directrices de OPS, la Sociedad Peruana de Medicina Intensiva/Sociedad Peruana de Pediatría y el Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja, para evaluar la prioridad en su manejo:
<table>
<tr><td>Enfermedades pulmonares crónicas</td><td>• Enfermedad crónica de prematuridad con dependencia de oxígeno.
• Fibrosis quística con problemas respiratorios.
• Enfermedad pulmonar intersticial infantil.
• Asma grave (que requiere corticoides o productos biológicos de mantenimiento diario) o asma no controlada.
• Complicaciones respiratorias de patologías de deterioro neurológico (PCI, epilepsias idiopáticas, etc.).</td></tr>
<tr><td>Inmunosuprimidos (por enfermedad o tratamiento)</td><td>• Tratamiento oncológico.
• Inmunodeficiencia congénita.
• Medicamentos inmunosupresores a largo plazo (> 28 días consecutivos) de esteroides orales o intravenosos diarios (no se incluye aquellos que reciben dosis bajas de esteroides en días alternos, o mantenimiento de hidrocortisona).
• Post transplantados (órgano sólido o células madres). Asplenia (funcional o quirúrgica).
• VIH mal controlados (carga viral detectable, disminución de CD4 o inversión coeficiente CD4/CD8).</td></tr>
<tr><td>Enfermedades Cardiaca</td><td>• Repercusión hemodinámica significativa.
• Cardiopatías congénitas cianóticas.
• Post operado reciente de cirugía cardiaca o cateterismo cardiaco.</td></tr>
<tr><td>Enfermedades renales crónicas</td><td>• Insuficiencia renal crónica estadios 4, 5 o en diálisis.</td></tr>
<tr><td>Otras</td><td>• Edad menor a 6 meses.
• Obesidad.
• Drepanocitosis.
• DM tipo 1 con mal control metabólico Malnutrición severa.
• Intestino corto Epidermólisis bullosa Encefalopatías graves Miopatías.
• Errores congénitos del metabolismo.</td></tr>
</table>
PCI: La parálisis cerebral infantil; DM: Diabetes Mellitus
Adaptado de:

Organización Panamericana de la Salud. Directrices para la profilaxis y el manejo de pacientes con COVID-19 leve y moderada en América Latina y el Caribe. Versión abreviada, octubre del 2021 [Internet]. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2021. [citado el 27 de enero de 2022]. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/55099.
Sociedad Peruana de Medicina Intensiva (SPMI)/Sociedad Peruana de Pediatría (SPP). Documento de Consenso para el Manejo del Niño Crítico con COVID-19 [Internet]. Lima: SPMI y SPP; 2020 [citado el 27 de enero de 2022]. Disponible en: https://uciped.org/wp-content/uploads/2020/04/RECOMENDACIONES-PACIENTE-PEDIATRICO-CRITICO-COVID19.pdf.
Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja. Guía técnica para el diagnóstico y tratamiento de COVID-19 en pediatría. 2020.
</td><td>Recomendación fuerte a favor</td><td>Muy baja (⊕⊖⊖⊖)</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="4">Pregunta 2. En pacientes pediátricos con COVID-19, ¿son de utilidad las escalas de riesgo de mortalidad y/o empeoramiento para el manejo de esta enfermedad?</td></tr>
<tr><td>2.1</td><td>En población pediátrica hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos con COVID-19, utilizar la escala del PRISM III para identificar a los pacientes con alto riesgo de mortalidad:
Para ello se consideró los siguientes grupos de edades (Según la guía Pediatric Advanced Life Support [PALS](1)):
-Neonato: nacimiento a 27 días
-Infante: 28 días a 12 meses
-Niño: 13 meses a 11 años
-Adolescente: 12 a 18 años

El PRISM III (Pediatric Risk of Mortality III) contiene 17 variables fisiológicas que por medio de una puntuación predice el riesgo de mortalidad en la población pediátrica. El valor más anormal de la variable se anota al ingresar los datos durante las primeras 12 h (PRISM III-12) o durante las primeras 24 h (PRISM III-24) después de ingresar a la UCIP. (Material suplementario 1)</td><td>BPC</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">Pregunta 3. En pacientes pediátricos con COVID-19 ambulatorios, ¿se debería usar tratamiento sintomático para el manejo de esta enfermedad?</td></tr>
<tr><td>3.1</td><td>En la población pediátrica con COVID-19 leve a moderado, considerar administrar tratamiento sintomático ambulatorio en dosis terapéuticas mínimas y por periodos breves, si se requiere manejar síntomas como: fiebre, dolor de garganta, cefalea o mialgias.

El manejo principal se basa en la monitorización de los síntomas y los cuidados de apoyo.
<table>
<tr><th>Síntoma predominante</th><th>Tratamiento sintomático ambulatorio</th></tr>
<tr><td>Fiebre o cefalea o dolor de garganta</td><td>Paracetamol
Presentaciones:
• Jarabe 120 mg/5 mL x 60mL
• Gotas Orales 100 mg/mL x 15 mL
• Tableta 500 mg

<u>Niños < 35 Kg:</u>
10 mg/kg – 15 mg/kg condicional al dolor y si persisten los síntomas administrar de 10 mg/kg – 15 mg/kg cada 6 horas.

<u>Niños ≥ 35 Kg:</u>
500 mg condicionado al dolor y si persisten los síntomas administrar 500 mg cada 4-6 horas.
Máximo 4 g/día.

Ibuprofeno
Presentaciones:
• Líquido Oral 100 mg/5 mL x 60 mL
• Tabletas 200 y 400 mg

<u>Niños ≥ 6 meses:</u>
10 mg/kg condicional al dolor y si persisten los síntomas administrar 10mg/kg cada 8 horas.
Dosis máxima: 2400 mg/día

<u>Adolescentes (12 – 18 años):</u>
400-600 mg condicional al dolor y si persisten los síntomas administrar 400-600 mg cada 6-8 horas.
Dosis máxima 2.400 mg/día.

El ibuprofeno debe evitarse en niños con poca ingesta de líquidos o que tengan sospecha de lesión renal aguda, debido a que está relacionado con el riesgo de daño renal.</td></tr>
</table></td><td>BPC</td><td></td></tr>
</table>

	Mialgias	**Paracetamol** **Presentaciones:** • Jarabe 120 mg/5 mL x 60mL • Gotas Orales 100 mg/mL x 15 mL • Tableta 500 mg <u>Niños < 35 Kg:</u> 10 mg/kg – 15 mg/kg condicional al dolor y si persisten los síntomas administrar de 10 mg/kg – 15 mg/kg cada 6 horas. <u>Niños ≥ 35 Kg:</u> 500 mg condicionado al dolor y si persisten los síntomas administrar 500 mg cada 4-6 horas. Máximo 4 g/día. **Ibuprofeno** **Presentaciones:** • Líquido Oral 100 mg/5 mL x 60 mL • Tabletas 200 y 400 mg <u>Niños ≥6 meses:</u> 10 mg/kg condicional al dolor y si persisten los síntomas administrar 10mg/kg cada 8 horas. Dosis máxima: 2400 mg/día <u>Adolescentes (12 – 18 años):</u> 400-600 mg condicionado al dolor y si persisten los síntomas administrar 400-600 mg cada 6-8 horas. Dosis máxima 2.400 mg/día. El ibuprofeno debe evitarse en niños con poca ingesta de líquidos o que tengan sospecha de lesión renal aguda, debido a que está relacionado con el riesgo de daño renal.		
3.2	En la población pediátrica con COVID-19 aconsejar: • COVID-19 leve o moderado: mantener ingesta de líquidos regularmente y una nutrición adecuada. • COVID-19 moderado: monitorizar el nivel de saturación de oxígeno (SpO_2).	BPC		
3.3	Los padres o cuidadores de la población pediátrica con COVID-19 leve o moderado deben recibir consejería acerca de las señales de alarma, complicaciones de la infección, cuándo buscar ayuda en los servicios de emergencia, así como del correcto uso de pulsioxímetro para el monitoreo del nivel de saturación de oxígeno (SpO_2) si corresponde.	BPC		
1.5 Paciente con enfermedad severa – crítica				
Pregunta 4. En pacientes pediátricos con COVID-19, ¿cuándo se debería iniciar la oxigenoterapia?				
4.1	En pacientes pediátricos con COVID-19 e hipoxemia evidenciada ($SatO_2$ ≤ 93% a nivel del mar) o insuficiencia respiratoria aguda (IRA) ($SatO_2$<90% o PaO_2<60 mmHg), sugerimos iniciar oxigenoterapia convencional (cánula nasal simple, mascarilla simple, mascarilla con sistema venturi o mascarilla con reservorio) para mantener una saturación de oxígeno ($SatO_2$) meta entre 94-96% a nivel del mar.	Recomendación condicional a favor	Baja (⊕⊕⊖⊖)	
4.2	En pacientes pediátricos con COVID-19 e IRA persistente a pesar de oxigenoterapia convencional †, sugerimos usar cánula nasal de alto flujo (CNAF) o ventilación mecánica no invasiva (VMNI), según disponibilidad, para mantener una saturación de oxígeno ($SatO_2$) meta entre 94-96% a nivel del mar. *†$SatO_2$ ≤ 92% o taquipnea (FR ≥ 60 en menores de 2 meses, FR ≥ 50 para menores de 1 año, FR≥40 de 1 a 5 años, FR ≥ 30 para mayores de 5 años, adolescentes FR ≥ 24) o $PaFiO_2$ ≤ 201-300 con FiO_2 ≥ 40% con oxigenoterapia convencional: cánula nasal simple, mascarilla simple, mascarilla con reservorio.*	Recomendación condicional a favor	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)	
4.3	Considerar como valores de saturación de oxígeno de referencia en pacientes que viven a más de 1000 metros sobre el nivel del mar los siguientes:	BPC		

	<table><tr><th>Altitud</th><th>$SatO_2$ de referencia como indicador de hipoxemia</th></tr><tr><td>Nivel del mar</td><td>≤ 93%</td></tr><tr><td>1000 a < 3000 msnm</td><td>≤ 92%</td></tr><tr><td>3000 a < 3400 msnm</td><td>≤ 88%</td></tr><tr><td>3400 a < 3600 msnm</td><td>≤ 87%</td></tr><tr><td>3600 a < 3900 msnm</td><td>≤ 84%</td></tr><tr><td>3900 a más msnm</td><td>≤ 83%</td></tr></table> Además, el GEG mencionó que se pueden considerar los valores normales de saturación de oxígeno por grupo de edad y altitud como se observan en la siguiente tabla: <table><tr><th colspan="3">Saturación de oxígeno (%) por grupo de edad y altitud</th></tr><tr><th>Altitud en metros</th><th>1 – 5 años</th><th>6 – 17 años</th></tr><tr><td>154</td><td>98.5 (98.3 a 98.7)</td><td>98.8 (98.7 a 98.5)</td></tr><tr><td>562</td><td>98.4 (98.2 a 98.6)</td><td>98.8 (98.8 a 98.9)</td></tr><tr><td>1400</td><td>97.6 (97.4 a 97.9)</td><td>997.9 (97.8 a 98.5)8</td></tr><tr><td>2000</td><td>96.6 (96.1 a 97.2)</td><td>97.5 (97.3 a 97.7)</td></tr><tr><td>2335</td><td>95.9 (95.4 a 96.5)</td><td>96.8 (96.6 a 97.0)</td></tr><tr><td>2500</td><td>95.7 (95.4 a 95.9)</td><td>96.5 (96.4 a 96.7)</td></tr><tr><td>2880</td><td>94.9 (94.6 a 95.0)</td><td>95.2 (94.9 a 95.5)</td></tr><tr><td>3250</td><td>92.5 (92.1 a 92.8)</td><td>94.2 (93.4 a 94.4)</td></tr><tr><td>3600</td><td>91.9 (90.9 a 92.9)</td><td>92.7 (92.4 a 92.9)</td></tr><tr><td>3950</td><td>88 (88.2 a 89.5)</td><td>90.2(89.9 a 90.5)</td></tr><tr><td>4100</td><td>87.0 (86.3 a 87.6)</td><td>89.7 (89.3 a 91.0)</td></tr><tr><td>4338</td><td>86 (85.3 a 86.9)</td><td>87.2 (86.7 a 87.7)</td></tr><tr><td>4500</td><td>84.6 (83.4 a 85.8</td><td>84.6 (84 a 85.2)</td></tr><tr><td>4715</td><td>83.8 (82.4 a 85.2)</td><td>86.1 (85.5 a 86.7)</td></tr><tr><td>5100</td><td>79.2(78.3 a 80.1)</td><td>80.8 (80.3 a 81.4)</td></tr></table> **Traducido de:** Rojas-Camayo et al. Reference values for oxygen saturation from sea level to the highest human habitation in the Andes in acclimatised persons. Thorax. 2018 Aug;73(8):776-778. doi: 10.1136/thoraxjnl-2017-210598. Epub 2017 Oct 20. PMID: 29054885.		
4.4	En pacientes pediátricos con COVID-19 se utilizará la FiO_2 más baja necesaria para lograr una saturación adecuada: • ≥ 92% para Síndrome de distrés respiratorio agudo pediátrico (PARDS) leve • 88% - 92% para PARDS moderado a severo	BPC	
4.5	En pacientes pediátricos con COVID-19 en soporte oxigenatorio con CNAF o VMNI, mantener una estrecha monitorización de la frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno ($SatO_2$), fracción inspirada de oxígeno (FiO_2) y el trabajo respiratorio; con la finalidad de evaluar la respuesta al tratamiento.	BPC	
4.6	En pacientes pediátricos con COVID-19 que presenten un índice de $SatO_2/FiO_2$ < 221 o que no muestren mejoría en la oxigenación (objetivo $SatO_2$ 92 - 97% con FiO_2 < 0.6 a nivel del mar) dentro de los 60 a 90 minutos del uso de la ventilación mecánica no invasiva, se debe proceder con la intubación endotraqueal.	BPC	
4.7	En los pacientes pediátricos con COVID-19 y con ventilación mecánica, iniciar con una FIO_2 del 100% durante la intubación endotraqueal y luego descender progresivamente para mantener un FIO_2 < 60%.	BPC	
Pregunta 5. En pacientes pediátricos con COVID-19, ¿cuándo se debería iniciar la ventilación mecánica invasiva?			
5.1	En pacientes pediátricos con COVID-19 en ventilación mecánica invasiva y con PARDS, sugerimos usar un volumen corriente (VC) bajo (5-8 mL/kg de peso corporal predicho) e idealmente mantener una meta de presión	Recomendación condicional a favor	Baja (⊕⊕⊖⊖)

	meseta (Pmes) o plateau ≤ 28 cm de H_2O y una presión pico menor a 32 cm de H_2O. Se requiere aplicar sedación profunda a los pacientes pediátricos para lograr las metas propuestas.		
5.2	En pacientes pediátricos con COVID-19 en ventilación mecánica invasiva y con PARDS, sugerimos usar una estrategia de titulación individualizada de la presión positiva al final de la espiración (PEEP) de acuerdo con la condición de la mecánica respiratoria del paciente.	Recomendación condicional a favor	Muy Baja (⊕⊖⊖⊖)
5.3	En pacientes pediátricos con ventilación mecánica con COVID-19 y PARDS se usará un volumen corriente de acuerdo a su percentil 50 de peso para la talla medida, y según la severidad y la compliance: • PARDS leve a moderado: 5-8 ml/Kg • PARDS severo: 3-6 ml/kg	BPC	
5.4	En pacientes pediátricos con ventilación mecánica con COVID-19 y PARDS moderado a severo, realizar una sedación profunda para facilitar la sincronía con el ventilador, evitar la tos y facilitar la pronación. En pacientes pediátricos con ventilación mecánica con COVID-19 y PARDS moderado a severo se debe usar agentes bloqueantes neuromusculares asociado a sedación profunda para facilitar la sincronía con el ventilador, evitar la tos y facilitar la pronación.	BPC	
5.5	En pacientes pediátricos con ventilación mecánica con COVID-19 se debe realizar una titulación de acuerdo a la gravedad del PARDS: • PARDS leve: usar niveles de PEEP <10 cmH_20 • PARDS moderado a severo: usar niveles de PEEP moderadamente elevados (10-15 cm H_2O) observando la respuesta oxigenatoria y hemodinámica.	BPC	
5.6	En pacientes pediátricos con COVID-19 severo en ventilación mecánica invasiva y con PARDS, tratar de mantener una *driving pressure* (DP) ≤ 15 cm de H_2O (diferencia entre presión meseta y PEEP total).	BPC	
Pregunta 6. En pacientes pediátricos con COVID-19, ¿cuándo se debería usar la posición decúbito prono?			
6.1	En pacientes pediátricos con COVID-19 en ventilación mecánica invasiva y con PARDS moderado a severo (PaO_2/FiO_2 <150; índice de oxigenación ≥ 12; índice de saturación de oxígeno ≥ 10), sugerimos iniciar ventilación prona (mínimo de 12 a 18 horas) si no se consigue estabilizar la mecánica respiratoria y mejorar los parámetros oxigenatorios y la hipercapnia asociada.	Recomendación condicional a favor	Baja (⊕⊕⊖⊖)
Pregunta 7. En pacientes pediátricos con COVID-19, ¿cuándo se debería iniciar la rehabilitación respiratoria?			
7.1	En pacientes pediátricos hospitalizados por COVID-19, sugerimos realizar rehabilitación temprana con el objetivo de disminuir la debilidad muscular adquirida en UCI.	Recomendación condicional a favor	Muy Baja (⊕⊖⊖⊖)
7.2	Los programas de rehabilitación se realizarán por equipos multidisciplinarios y serán personalizados a las necesidades de los pacientes. Considerar al alta, el seguimiento remoto de los pacientes.	BPC	
7.3	Los pacientes pediátricos con COVID-19 severo necesitan rehabilitación para las consecuencias del uso de respiradores y de periodos prolongados de inmovilización y reposo en cama, entre las cuales se encuentran las siguientes: - Deterioro de la función pulmonar. - Desacondicionamiento físico y debilidad muscular. - Cuadros confusionales y otras deficiencias cognitivas. - Disfagia y dificultades para comunicarse.	BPC	
7.4	En pacientes pediátricos hospitalizados con COVID-19, la rehabilitación temprana (respiratoria como física) se realizará con el objetivo de mejorar la capacidad ventilatoria, recopilación alveolar y el patrón respiratorio. Así como, mantener la actividad muscular, articular y postural activa con el objetivo de favorecer el alta temprana y reducir el riesgo de ingresar a UCIP; y de requerir ventilación mecánica invasiva.	BPC	

7.5	Cuando el paciente logre la ventilación espontanea, se continuará con rehabilitación integral, no solo respiratoria y física, sino también de terapia de deglución y foniátrica. Además de intervenciones de terapias ocupacionales para estimular sensorialmente al paciente, conectándolo con su entorno (disminuyendo su ansiedad y mejorando la tolerancia y colaboración).	BPC	
7.6	En pacientes pediátricos hospitalizados por COVID-19, la rehabilitación temprana debe basarse en estrategias que se encuentren dentro del modelo de la clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y la salud (CIF) que permitan abordar las áreas donde el paciente pediátrico pudo haberse afectado a corto, mediano y largo plazo (funciones y estructuras corporales, actividades, participación, factores ambientales y factores personales).	BPC	
Pregunta 8. En pacientes pediátricos con COVID-19, ¿se debería usar una estrategia conservadora de administración de líquidos en comparación con una estrategia liberal?			
8.1	En pacientes pediátricos con COVID-19 y shock, sugerimos usar una estrategia conservadora (evitando la sobrecarga hídrica y los balances muy positivos) de administración de líquidos en lugar de una estrategia liberal.	Recomendación condicional a favor	Muy Baja (⊕⊖⊖⊖)
8.2	En pacientes pediátricos con COVID-19 y shock, administrar 10-20 ml/kg de cristaloide o coloide de 10 a 20 minutos y evaluar la respuesta, vigilando los signos de sobrecarga de volumen (congestión pulmonar (subcrepitantes), hepatomegalia, ritmo de galope).	BPC	
8.3	En pacientes pediátricos con COVID-19 y sin shock, iniciar líquidos de mantenimiento y valorar el requerimiento de bolos de cristaloides o coloides de ser necesario.	BPC	
Pregunta 9. En pacientes pediátricos con COVID-19, ¿se debería usar corticoides para el tratamiento de esta enfermedad?			
9.1	En pacientes pediátricos con COVID-19 y con necesidad de soporte oxigenatorio, sugerimos administrar corticoides (dexametasona: 0,15 mg/kg/dosis (dosis máxima 6 mg) una vez al día durante un máximo de 10 días).	Recomendación condicional a favor	Baja (⊕⊕⊖⊖)
9.2	En pacientes pediátricos con COVID-19 y sin necesidad de soporte oxigenatorio, recomendamos no administrar corticoides para el tratamiento de esta enfermedad.	Recomendación fuerte en contra	Baja (⊕⊕⊖⊖)
Pregunta 10. En pacientes pediátricos con COVID-19, ¿se debería usar tocilizumab para el tratamiento de esta enfermedad?			
10.1	En pacientes pediátricos con COVID-19, recomendamos no administrar tocilizumab.	Recomendación fuerte en contra	Baja (⊕⊕⊖⊖)
Pregunta 11. En pacientes pediátricos con COVID-19, ¿se debería usar remdesivir, plasma convaleciente, ivermectina, hidroxicloroquina, colchicina, acetilcisteína, corticoide inhalado, estatinas, vitaminas C y D para el tratamiento de esta enfermedad?)			
11.1	En pacientes pediátricos con COVID-19, recomendamos no administrar remdesivir para el tratamiento ambulatorio u hospitalario de esta enfermedad.	Recomendación fuerte en contra	Muy Baja (⊕⊖⊖⊖)
11.2	En pacientes pediátricos con COVID-19, recomendamos no administrar plasma convaleciente para el tratamiento ambulatorio u hospitalario de esta enfermedad.	Recomendación fuerte en contra	Baja (⊕⊕⊖⊖)
11.3	En pacientes pediátricos con COVID-19, recomendamos no administrar ivermectina para el tratamiento ambulatorio u hospitalario de esta enfermedad.	Recomendación fuerte en contra	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
11.4	En pacientes pediátricos con COVID-19, recomendamos no administrar hidroxicloroquina ni cloroquina para el tratamiento ambulatorio u hospitalario de esta enfermedad.	Recomendación fuerte en contra	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)

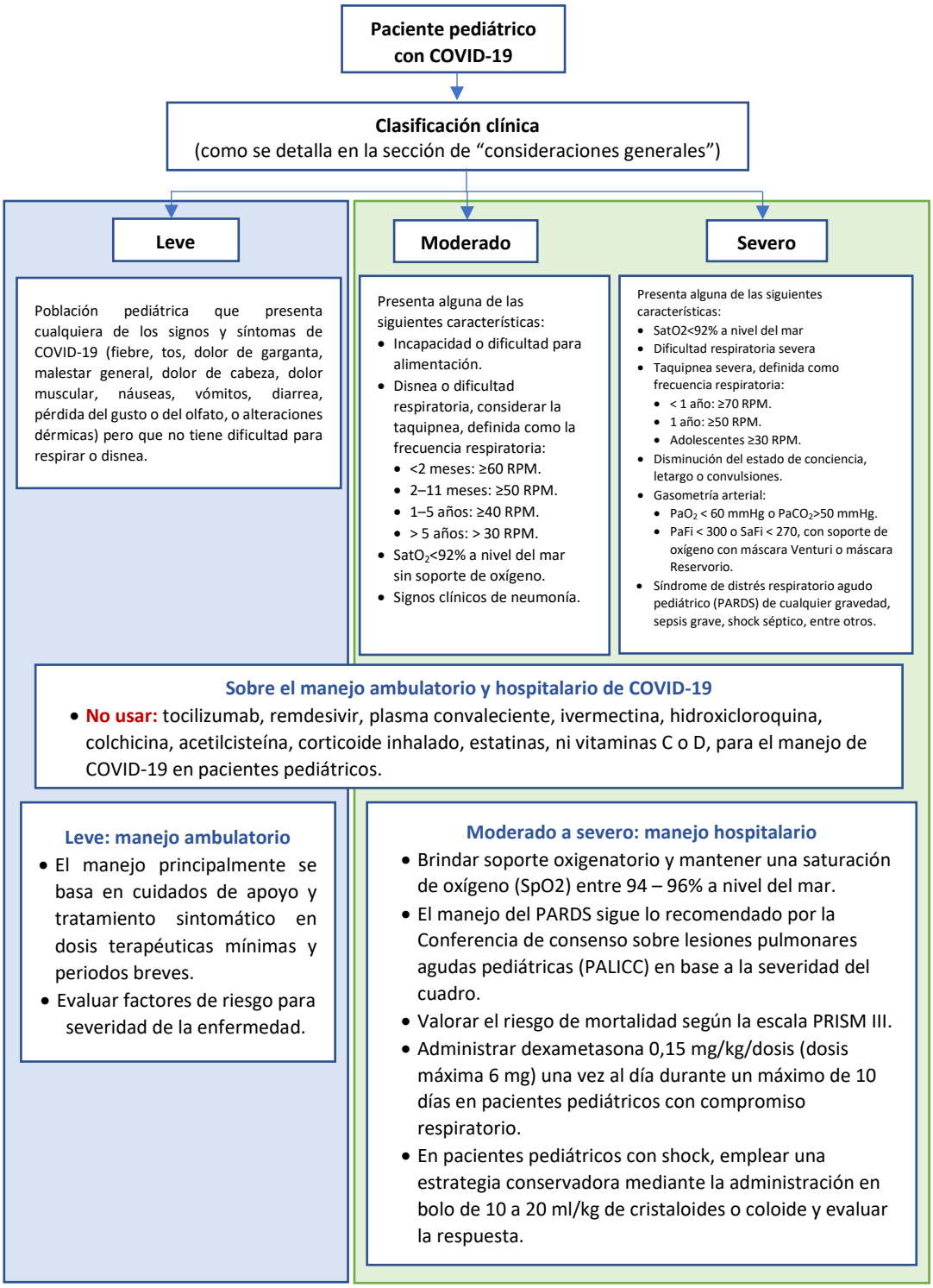
11.5	En pacientes pediátricos con COVID-19, recomendamos no administrar colchicina para el tratamiento ambulatorio u hospitalario de esta enfermedad.	Recomendación fuerte en contra	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
11.6	En pacientes pediátricos con COVID-19, recomendamos no administrar acetilcisteína para el tratamiento ambulatorio u hospitalario de esta enfermedad.	Recomendación fuerte en contra	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
11.7	En pacientes pediátricos con COVID-19, recomendamos no administrar corticoides inhalados para el tratamiento ambulatorio u hospitalario de esta enfermedad.	Recomendación fuerte en contra	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
11.8	En pacientes pediátricos con COVID-19, recomendamos no administrar estatinas para el tratamiento ambulatorio u hospitalario de esta enfermedad.	Recomendación fuerte en contra	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
11.9	En pacientes pediátricos con COVID-19, recomendamos no administrar vitamina C como tratamiento ambulatorio u hospitalario de esta enfermedad.	Recomendación fuerte en contra	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
11.10	En pacientes pediátricos con COVID-19, con o sin deficiencia de vitamina D, recomendamos no administrar vitamina D como tratamiento ambulatorio u hospitalario de esta enfermedad.	Recomendación fuerte en contra	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)

* Recomendación (R) o punto de buena práctica clínica (BPC)

** La fuerza, dirección y calidad de la evidencia sólo se establecen para las recomendaciones, más no para los puntos de BPC ni notas de implementación

II. Flujogramas del manejo

Flujograma 1: manejo ambulatorio y hospitalario de pacientes pediátricos con COVID-19



[†]La clasificación clínica se detalla en la sección de consideraciones generales.