

TEP:

A: Apariencia

R: trabajo Respiratorio

C: Circulación

VALORAR TEP



ESTABLE

Score laringitis^a / SatO₂

LARINGITIS LEVE

Score laringitis 0-1

- Considerar **no corticoide** y alta con medidas generales vs
- **Dexametasona^b** oral, dosis única: 0,15-0,3 mg/kg (máx. 16 mg)

INESTABLE

DIFICULTAD RESPIRATORIA (R)

Tiraje ± ruidos respiratorios ± taquipnea

FALLO (CARDIO)RESPIRATORIO (A + R ± C)

R ± alteración de consciencia ± cianosis

ABCDE

- Minimizar ansiedad, postura confortable
- SatO₂ + O₂ humidificado (si SatO₂ < 92% o tiraje moderado/severo)
- **Score laringitis^a** (preferiblemente con el paciente relajado, pero sin retrasar el inicio de tratamiento en las graves)

LARINGITIS MODERADA-LEVE
Score laringitis 2-3
y SIN ESTRIDOR EN REPOSO

- **Dexametasona^b** oral, dosis única: 0,6 mg/kg (máx. 16 mg)
- **REEVALUAR TRAS 2 horas**

Si **NO** responde
Score laringitis ≥ 2

- **Adrenalina nebulizada^c**: 0,5 mg/kg (máx. 5 mg)
- **REEVALUAR TRAS 2-4 horas** (si no puede quedarse: remitir a **Servicio Urgencias de Hospital**)

LARINGITIS MODERADA-GRAVE
Score laringitis 4-5
o CON ESTRIDOR EN REPOSO

- **Adrenalina nebulizada^c**: 0,5 mg/kg (máx. 5 mg) +
- **Dexametasona oral**, dosis única^b: 0,6 mg/kg (máx. 16 mg)
- **REEVALUAR TRAS 2-4 horas** (si no puede quedarse: remitir a **Servicio Urgencias de Hospital**)

Si **NO** responde
Score laringitis ≥ 2

LARINGITIS GRAVE
Score laringitis ≥ 6

- **Activar Emergencias para traslado:**
Score de traslado
- **Adrenalina nebulizada^c**: 0,5 mg/kg (máx. 5 mg) (se puede repetir, c/15-20 min., hasta 3 dosis)
- **Dexametasona^b** oral (si adecuada tolerancia oral y no administración previa): 0,6 mg/kg (máx. 16 mg)
- **Oxígeno humidificado**

Si responde (**score laringitis < 2** y **SatO₂ ≥ 95%**)
y no hay factores de riesgo^d

Alta^e con medidas generales

TRASLADO AL HOSPITAL

Capnografía



página siguiente



EMERGENCIAS Y TRANSPORTE SANITARIO (AMBULANCIA SVA)

- Si se precisa IOT: TET 0.5 a 1 mm más pequeño que el correspondiente por edad
- Intubación Orotraqueal con Secuencia Rápida de Intubación cuando:
 - GCS <9
 - Insuficiencia respiratoria grave/apnea
 - Shock no reversible con sueroterapia

^a Score para la valoración clínica de la GRAVEDAD de la laringitis

Puntuación	0	1	2
Estridor	No	Al agitarse	En reposo
Retracciones	No	Leves	Moderadas-intensas
Hipoventilación	No	Leve	Moderada-intensa
Saturación de O ₂	≥95%		≤94%

EPISODIO LEVE: ≤1 puntos / MODERADO-LEVE: 2-3 puntos / MODERADO-GRAVE: 4-5 puntos / GRAVE: ≥6 puntos

EL NIVEL DE GRAVEDAD A NIVEL PRÁCTICO:

- **Episodio leve:** tos ronca o estridor inspiratorio solo al agitarse, sin estridor en reposo, ni trabajo respiratorio, con buena ventilación pulmonar y SatO₂≥95%
- **Episodio moderado leve:** tos ronca o estridor inspiratorio solo al agitarse, sin estridor en reposo, con retracciones leves o hipoventilación leve y SatO₂≥95%
- **Episodio moderado grave:** estridor en reposo con retracciones y/o hipoventilación leve, SatO₂≥95%
- **Episodio grave:** estridor en reposo con retracciones marcadas, hipoventilación pulmonar y/o SatO₂≤94%
- **Episodio crítico,** con riesgo de PCR inminente: si además hay alteración de la consciencia o cianosis

^b CONSIDERACIONES SOBRE EL USO DE CORTICOIDES:

- En laringitis leves, con score 0-1 y sin factores de riesgo añadidos^d, si se decide administrar dexametasona, es suficiente una dosis a 0,15-0,30 mg/kg en vez de a 0,6 mg/kg
- De elección **dexametasona**. Si no se dispone de ella: **prednisolona**: 1-2 mg/kg/24 horas (máximo 60 mg/día), 2-3 días
- Si no hay tolerancia al corticoide oral, se puede poner la **dexametasona IM o IV** (misma dosis que la oral)
- Otra alternativa, si no fuera posible la oral, sería la **budesonida solución para nebulización**: 2 mg (dosis única). Si precisara adrenalina, se pueden nebulizar conjuntamente

^c PREPARACIÓN DE LAS NEBULIZACIONES

- La **dilución para nebulizar** se puede preparar añadiendo **SSF** hasta completar **5 ml** de volumen total
- Pasar nebulizaciones con flujo de O₂ de 5 L/min, en 15 min
- **Si hay que nebulizar, ver condiciones de protección en el protocolo de adaptación GIDEP a Covid**

^d CONSIDERAR FACTORES DE RIESGO PARA REMITIR A URGENCIAS:

- No tolerancia oral para la dexametasona
- Antecedentes de episodio moderado-grave
- Menor de 6 meses
- Factores sociales o de dificultad de acceso al hospital
- Otras enfermedades asociadas: neuromusculares, cardiopatías, displasia broncopulmonar, patología de vía aérea conocida (antecedentes de IOT, etc.)

^e CONDICIONES PARA EL ALTA DOMICILIARIA

- No estridor en reposo
- SatO₂ normal
- Buena ventilación
- Coloración normal y nivel de consciencia normal
- Capacidad para la ingesta/deglución oral de líquidos
- Los cuidadores entienden las indicaciones y tienen posibilidades de volver, si fuera necesario
- En los que han precisado adrenalina nebulizada, se recomienda reevaluación a las 24 horas

CÓDIGOS CIE-10 RELACIONADOS:

- J04 LARINGITIS Y TRAQUEÍTIS AGUDAS
- J04.0 LARINGITIS AGUDA
- J05.0 LARINGITIS OBSTRUCTIVA AGUDA (ESPASMÓDICA, ESTRIDULOSA O CRUP)

JUSTIFICACIÓN PARA EL CAMBIO Y CONSIDERACIONES DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

- Revisión tras **5 años de la versión anterior**, con búsqueda bibliográfica de actualizaciones relevantes:
 - Revisión Cochrane 2023¹: *“la evidencia de que los glucocorticoides reducen los síntomas del croup a las dos horas, acortan las estancias hospitalarias y reducen la tasa de visitas de regreso o (re)ingresos no ha cambiado en esta actualización. **Una dosis baja de dexametasona, de 0,15 mg/kg, podría ser tan eficaz como la dosis estándar de 0,60 mg/kg.** Se necesitan más ECA para fortalecer la evidencia de la efectividad de la dexametasona en dosis bajas de 0,15 mg/kg para tratar el croup”*
 - Un ECA (2023)² muestra que: *“una exposición de 30 minutos al aire frío exterior (<10°C), como complemento de la dexametasona oral, es beneficioso para reducir la intensidad de los síntomas clínicos en niños con croup, especialmente cuando es moderado”*. Este ECA se referencia en UpToDate 2025³

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aregbesola A, Tam CM, Kothari A, Le M-L, Ragheb M, Klassen TP. Glucocorticoids for croup in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2023, Issue 1. Art. No.: CD001955. DOI: 10.1002/14651858.CD001955.pub5
2. Siebert JN, Salomon C, Taddeo I, et al. Outdoor Cold Air Versus Room Temperature Exposure for Croup Symptoms: A Randomized Controlled Trial. Pediatrics. 2023 Sep 1;152(3):e2023061365. doi: 10.1542/peds.2023-061365. Erratum in: Pediatrics. 2024 Mar
3. Woods CR, Goldman M, Padua LT. Croup Management. Section Editors: Kaplan SL; Messner AH, Nagler J. Deputy Editor: Armsby C. Literature review current through: Mar 2025. This topic last updated: Apr 01, 2025 (consultado el 12.04.2025) <http://www.uptodate.com>
4. Woods CR, Goldman M, Padua LT. Croup: Clinical features, evaluation, and diagnosis. Section Editors: Redding G; Messner AH; Kaplan SL, Nagler J. Deputy Editor: Armsby C. Literature review current through: Mar 2025. This topic last updated: Mar 31, 2025 (Consultado el 12.04.2025) <http://www.uptodate.com>
5. Colin M. Parker and Matthew N. Cooper. Prednisolone Versus Dexamethasone for Croup: a Randomized Controlled Trial. Pediatrics, 2019; 144
6. Fernandes RM, Wingert A, Vandermeer B, et al. Safety of corticosteroids in young children with acute respiratory conditions: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open 2019;9:e028511. doi:10.1136
7. Yang W-C, Lee J, Chen C-Y, Chang Y-J, Wu H-P. Westley score and clinical factors in predicting the outcome of croup in the pediatric emergency department. Pediatric Pulmonology. 2017;52:1329–1334.018-0285
8. Bjornson C, Russell K, Vandermeer B, et al. Nebulized epinephrine for croup in children. Cochrane Database Syst Rev 2013; CD006619
9. Johnson D. Croup. Clinical Evidence, 2014; 09:321 Disponible en <http://clinicalevidence.bmj.com> [Consultado el 27.02.2017]
10. Callén Bleuca M, Cortés Rico O, Mora Gandarillas I. Reig Rincón de Arellano I. El Pediatra de Atención Primaria y la Laringitis aguda-Crup. Documentos técnicos del GVR (publicación DT-GVR-5) 31.01.2023 [consultado 11.04.2025]. Disponible en: <http://www.respirar.org/index.php/grupo-vias-respiratorias/protocolos>
11. Clarke M, Allaire J. An evidence-based approach to the evaluation and treatment of croup in children. Pediatric Emergency Medicine Practice 2012; 9:1
12. Alberta Clinical Practice WorkinGroup. Guideline for the diagnosis and management of croup, 2008. En: www.topalbertadoctors.org/download/252/croupguideline.pdf. GPC actualizada en 2018: Provincial Clinical Knowledge Topic Croup, Pediatric – Emergency and Inpatient V 1.0, [Croup, Pediatric- Emergency and Inpatient](#) (consultado: 13.04.2025)
13. Moore M, Little P. Humidified air inhalation for treating croup. Cochrane Database Syst Rev 2006; CD002870
14. Geelhoed GC. Budesonide offers no advantage when added to oral dexamethasone in the treatment of croup. Pediatr Emerg Care 2005; 21:359
15. Olivia Ortiz-Alvarez MD; Canadian Paediatric Society. Practice point for acute management of croup in the emergency department. Paediatrics & Child Health, 2017, 166–169
16. DynaMed. Croup. EBSCO Information Services. Updated: 06 Feb 2025. Accessed 13 de abril de 2025. <https://www.dynamed.com/condition/croup>
17. Croup clinical pathway. John's Hopkins All Children's Hospital. https://www.hopkinsmedicine.org/-/media/files/allchildrens/clinical-pathways/croup-clinical-pathway-12_13_2021.pdf (consultado: 13.04.2025)