

Protocolo de actuación en Laringitis/croup aguda

Unidad de Urgencias de pediatría

Realización: Lidia Jiménez (Residente de pediatría)

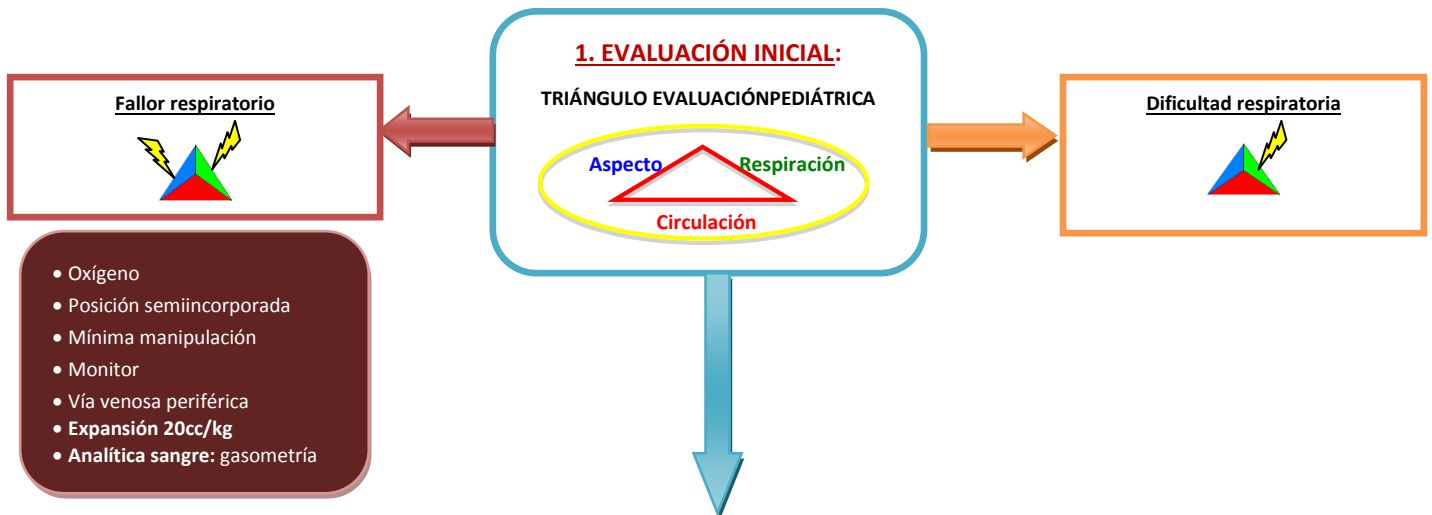
Supervisión: Jorge Lorente, Conchita Míguez (pediatras de Urgencias)

Julio 2015

Urgencias de pediatría



PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN LARINGITIS/CROUP AGUDO



2. EVALUACIÓN PRIMARIA: ABCDE

A: valorar permeabilidad de la vía aérea: estridor en reposo o con la agitación. Inspiratorio y/o espiratorio. Administrar O2 si precisa

B: valorar signos de dificultad respiratoria y frecuencia respiratoria. Auscultación pulmonar, Medir saturación de oxígeno. Mantener en posición semiincorporada

C: valorar signos de perfusión periférica. Si necesario medir TA y FC.

D: valorar nivel de conciencia y pupilas

E: Tomar temperatura y valorar lesiones cutáneas asociadas

3. EVALUACIÓN SECUNDARIA:

SAMPLE:

S: Síntomas respiratorios: dificultad respiratoria, estridor inspiratorio/espiratorio, disfonía, tos perruna. Historia de atragantamiento o sofocación. Otros síntomas: vómitos, fiebre

A: Alergias conocidas

M: Tratamiento administrado

P: Patologías previas: intubación endotraqueal previa, malformación vía aérea, reflujo gastroesofágico

L: última comida

E: Eventos que llevaron a la enfermedad (comidas sospechosas, ambiente epidémico....)

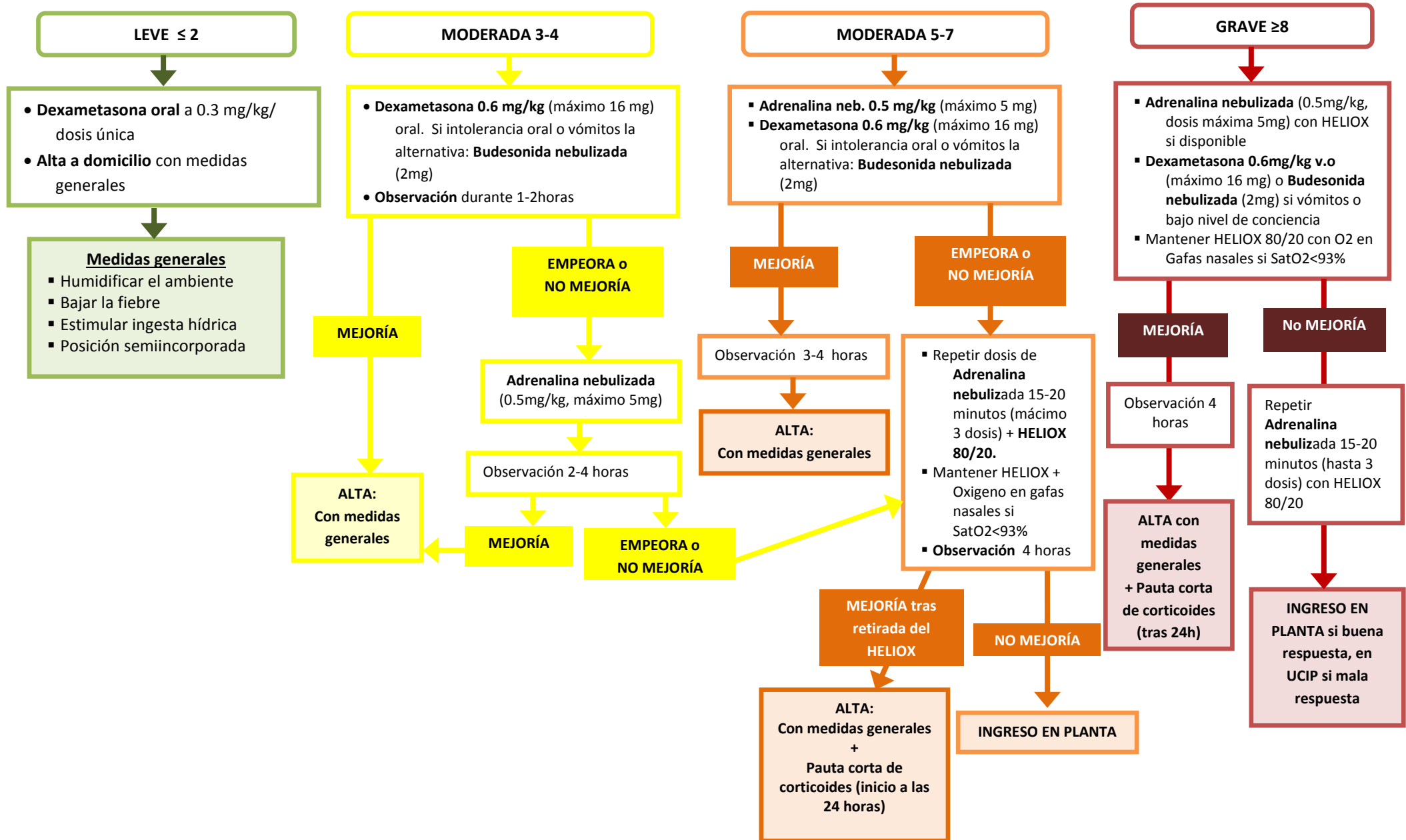
EXPLORACIÓN FÍSICA DETALLADA: Tª, SatO2, FR.

Exploración respiratoria: auscultación cardiopulmonar, frecuencia respiratoria, trabajo respiratorio, tiraje (subcostal, intercostal, yugulum), cianosis, valorar estridor inspiratorio

Escala de Westley: Valoración de laringitis aguda

	0	1	2	3	4	5
Estridor inspiratorio	No	Audible con fonendo	Audible sin fonendo			
Retracciones	No	Leves	Moderadas	Severa		
Ventilación	Normal	Hipoventilación leve	Hipoventilación moderada-severa			
Cianosis	No				Con la agitación	En reposo
Nivel de conciencia	Normal					Disminuido

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN LARINGITIS/CROUP AGUDO



3. EVALUACIÓN TERCIARIA:

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- **Analítica de sangre:** raramente indicados en niños con croup, salvo en casos muy severos, por no ser útil en el diagnóstico.
- **Pruebas de imagen:** no es necesario la confirmación radiológica en la mayoría de los niños

TRATAMIENTO ESPECÍFICOS:

Glucocorticoides: su efecto antiinflamatorio hace que disminuya el edema de la mucosa laríngea y por lo tanto se produce mejoría del cuadro, disminuye el tiempo de estancia en urgencias, disminuyen las visitas a urgencias y el uso de adrenalina:

1. **Dexametasona:** Inicio de acción en 1-3 horas, duración del efecto 24 horas. **0.3-0.6 mg/kg (máximo 16 mg)**. Puede ser oral, intravenosa o intramuscular, preferiblemente la vía oral. Preparación oral de dexametasona 1mg/ml. Preparación intravenosa 4 mg/ml. Es el fármaco de ELECCIÓN.
2. **Budesonida:** Inicio de acción en 30-60 minutos, duración del efecto 4-6 horas. **2 mg(2ml) nebulizada**. Se puede usar como alternativa a la dexametasona intravenosa o intramuscular, en niños con vómitos o con distrés severo.
3. **Prednisolona:** 2mg/kg/día durante 3 días. Utilizado para pauta corta de corticoides.
4. **Prednisona:** no ha sido evaluado su uso en ensayos clínicos, las dosis comparadas con la dexametasona son: 4mg/kg de prednisona corresponden a 0.6mg/kg de dexametasona. La concentración de la solución oral de prednisona es 1mg/ml.
5. **Betametasona:** 0.4 mg/kg

Adrenalina nebulizada: Por su efecto alfa-adrenérgico produce vasoconstricción por lo que reduce el edema.

1. **Adrenalina:** 0.5 ml/kg/dosis (máximo 5 ml) nebulizada. Puede repetirse la dosis cada 15-20 minutos. Presentación en Adrenalina 1/1000, que corresponde 1 ml= 1 mg. Diluir L-adrenalina en 3-5 ml de suero fisiológico nebulizado con Oxígeno a 5 lpm. Los efectos de la adrenalina nebulizada no suelen persistir más de 2 horas, después puede haber un efecto rebote con reaparición de los síntomas, por lo que tienen que permanecer en el hospital un mínimo de 4 horas tras la administración del fármaco Necesaria la MONITORIZACIÓN.

Oxigenoterapia: se debe administrar cuando hay hipoxemia, SatO₂<92%.

HELIOX: es una mezcla de helio/oxígeno (70/30 ó 80/20). Disminuye el trabajo respiratorio en croup moderado-grave. Si hay HIPOXEMIA poner fuente extra de oxígeno-

CRITERIOS DE INGRESO EN PLANTA:

- Persistencia de los síntomas moderados-graves pese a la medicación
- Necesidades de oxigenoterapia
- Niños muy pequeños, en especial si menores de 6 meses
- Presencia de disminución de conciencia o agitación (UCIP)
- Otras indicaciones:
 - Sospecha de una inadecuada vigilancia domiciliaria
 - Angustia familiar
 - Domicilio lejano, o difícil acceso al hospital
 - Recurrencia del cuadro dentro de las siguientes 24 horas

RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO EN DOMICILIO:

Medidas generales: Humidificar el ambiente, bajar la fiebre con antitérmicos, estimular la ingesta hídrica, educación a los padres

TRATAMIENTO DURANTE EL INGRESO:

- Monitorización cardiorrespiratoria
- Oxigenoterapia para SatO₂≥92%
- Considerar HELIOX
- Fluidoterapia si FR >60rpm
- Dexametasona 0.6 mg/kg/ día cada 12 horas
- Si grave dificultad respiratoria: Adrenalina inhalada a 0.5 mg/kg/ dosis (máximo 5 mg)

BIBLIOGRAFIA

1. Charles R Woods, MD. Approach to the management of croup. Monografia internet. UpToDAte 2012.
Disponibile en: <http://www.uptodate.com/>
2. Best evidence statement (BESt). Children with croup and the use of steroids in the emergency department.
National Guideline Clearinghouse. Novembre 2011.