



Guía Rápida correspondiente a

Protocolos del GVR (P-GVR-5)

Laringitis

El Pediatra de Atención Primaria y la Laringitis Aguda – Crup

Autor:

Grupo de Vías Respiratorias de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap)

Redactores:

Maite Callén Blecua
Jesús M Pascual Pérez

Revisión por pares:

Grupo de Vías Respiratorias: Jose Luis Montón Alvarez (Madrid), Ignacio Carvajal Uruña (Asturias), Juan José Morell Bernabé (Extremadura), Carlos A. Díaz Vázquez (Asturias), Carmen Fernandez Carazo (Andalucía), Luis Bamonde Rodriguez (Galicia), Alfredo Cano Garcinuño (Castilla-León), Pablo Mola Caballero de Rodas (Asturias), Isabel Mora Gandarillas (León), Agueda Garcia Merino (Asturias), Manuel Praena Crespo (Andalucía), Alfonsa Lora Espinosa (Andalucía), Pepa Torregrosa Bertet (Cataluña), Luciano Garnelo Suárez (Galicia), Javier E. Blanco González (Madrid), Begoña Dominguez Aurrecoechea (Asturias), Antonio Jimenez Cortés (Andalucía), Jose Antonio Castillo Laita (Aragón), Carlos Pardos Martínez (Aragón), Maite Callen Blecua (País Vasco), Antonio Pons Tubío (Andalucía), Jesus M. Pascual Pérez (Madrid), Isabel Ubeda Sansano (Valencia), Jose Murcia Garcia (Andalucía), Javier Perez Porcuna (Cataluña)

Fecha de publicación:

19 de Octubre de 2006

Cómo citar este documento:

Callen Blecua M, Pascual Perez JM y Grupo de Vías Respiratorias. *Guía Rápida del Protocolo de Laringitis. El Pediatra de Atención Primaria y la Laringitis Aguda – Crup.* Protocolo del GVR (publicación P-GVR-5) [consultado día/mes/año]. Disponible en: www.aepap.org/gvr/protocolos.htm

La laringitis subglótica es la infección obstructiva de la vía aérea superior más frecuente en la infancia, afectando principalmente a niños entre 6 meses y 6 años. Su etiología es viral, siendo Parainfluenza 1 y 2 los patógenos más frecuentes.

La clínica habitual es tos ronca y afonía, instaurándose a continuación estridor inspiratorio y dificultad respiratoria, de forma brusca en el crup o lenta en la laringitis. La laringitis puede ir precedida de un cuadro catarral y fiebre

Habitualmente son cuadros leves pero por su aparatosidad es un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencias. De éstos un 5-6% permanecen en observación unas horas y el 1% son ingresados (la mitad de ellos en cuidados intensivos).

Aunque laringitis, laringotraqueobronquitis y crup no son iguales en etiología y clínica, los tres términos se mezclan en la literatura. El tratamiento en Atención Primaria (AP) y en urgencias es el mismo

Puntos Clave

1. Tranquilizar al niño y molestarlo lo menos posible
2. No se debe explorar la orofaringe si el niño no colabora ya que puede empeorar
3. Si la laringitis es leve tranquilizar a la familia y explicar el cuadro. Recomendar como medidas generales ambiente húmedo y frío, así como antiinflamatorios no esteroideos. Valorar en cada caso si es necesaria una dosis única de dexametasona oral 0,15 mg/Kg, que disminuirá la tos y afonía si incomoda mucho al niño y familia
4. En la laringitis moderada administrar una dosis de dexametasona oral 0,3 mg/Kg.
5. La laringitis grave se debe derivar a un centro hospitalario. Previamente al traslado se puede estabilizar al paciente administrando dexametasona oral 0,6mg /kg y L-adrenalina nebulizada 3mg (3ml de adrenalina 1:1000 y 2ml de fisiológico) con oxígeno a flujos bajos (4-6 L/min), para que las partículas de gran tamaño se depositen en la laringe. Se debe tener en cuenta que la mejoría tras la adrenalina es inmediata, pero puede volver en dos horas a su estado original. Nunca se debe administrar sin asociar corticoides orales
6. En niños asmáticos suele asociarse broncoespasmo, por lo que habrá que añadir salbutamol inhalado.
7. El nivel de conciencia alterado o la cianosis indican tratamiento y traslado inmediato
8. La dexametasona oral en suspensión no está comercializada pero puede prepararse como fórmula magistral (Tabla I) en las oficinas de farmacia y disponer de ella en los centros. Existen comprimidos comercializados y por tanto difíciles de administrar (machacados y disueltos en 10 ml de agua). Prednisolona, cuya suspensión oral si está comercializada, se emplea a dosis equipotentes, aunque no existen estudios que lo avalen.

Figura 1. -Tratamiento de la laringitis en el centro de salud

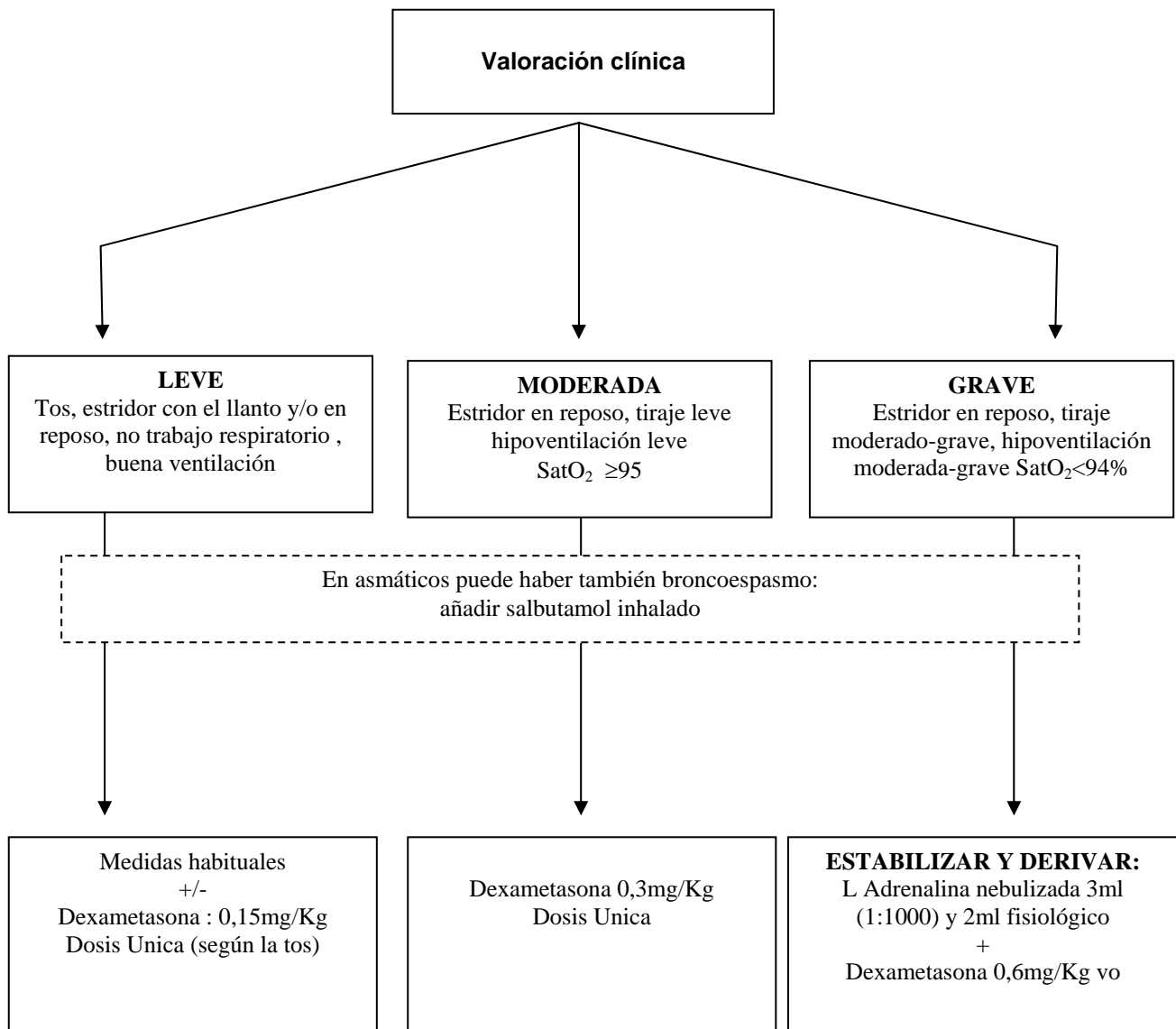


Tabla I. Tratamiento: Comparativa de fármacos empleados

	FARMACOCINETICA			DOSIS			EFECTO	
	Vida media	Actividad Gluco-corticoide	Actividad Mineral-corticoide	Habitual	Máxima diaria	Pauta	Inicio	Duración
Adrenalina nebulizada	2h	-	-	3ml diluidos en 2ml de SSF	3 nebulizaciones con intervalo entre dosis de 20 min	Dosis única	10-30min	2h
Budesonida nebulizada	2-3h	-	Nula	2 mg en 2ml de SSF	-	Dosis única	1-2h	24h
Dexametasona	36-54h	25	Nula	0.15-0,3 mg/Kg/d	8 mg	Dosis única	2-6h	36-72h
Prednisolona¹	18-36h	4	Baja	1mg/Kg/d ²	60 mg	Cada 12h 3 días ³	2-6h	12-36h

¹ No existe ningún ensayo clínico publicado con este medicamento y lo que se hace es extrapolar la evidencia de otro corticoide (dexametasona).

² 0,8 mg de Dexametasona equivalen a 5 mg de Prednisolona.

³ No está claramente definida ni la duración y ni el intervalo entre dosis. La pauta de 3 días se recomienda según la vida media de