



**Protocolos del GVR  
(P-GVR-5-gr)**

## Guía Rápida correspondiente a **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.

**Redactores:**

Maite Callén Blecua.

Olga Cortés Rico.

**Revisión por pares:**

Manuel Praena Crespo (Andalucía), Jose Luis Montón Alvarez (Madrid), Alfredo Cano Garcinuño (Castilla-León), Isabel Mora Gandarillas (Asturias), Alfonsa Lora Espinosa (Andalucía), M<sup>a</sup> Isabel Úbeda Sansano (Valencia), Alberto Bercedo Sanz (Cantabria), Carmen Rosa Rodríguez Fernández Oliva (Canarias), Ana Giner Muñoz (Navarra)

**Fecha de publicación:**

14 de abril de 2010

**Cómo citar este documento técnico:**

Maite Callén Blecua M, Cortés Rico O. El Pediatra de Atención Primaria y la Laringitis Aguda – Crup. Protocolos del GVR. Guía Rápida (publicación P-GVR-5-gr) [consultado día/mes/año]. Disponible en: [www.aepap.org/gvr/protocolos.htm](http://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 disfonía, 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

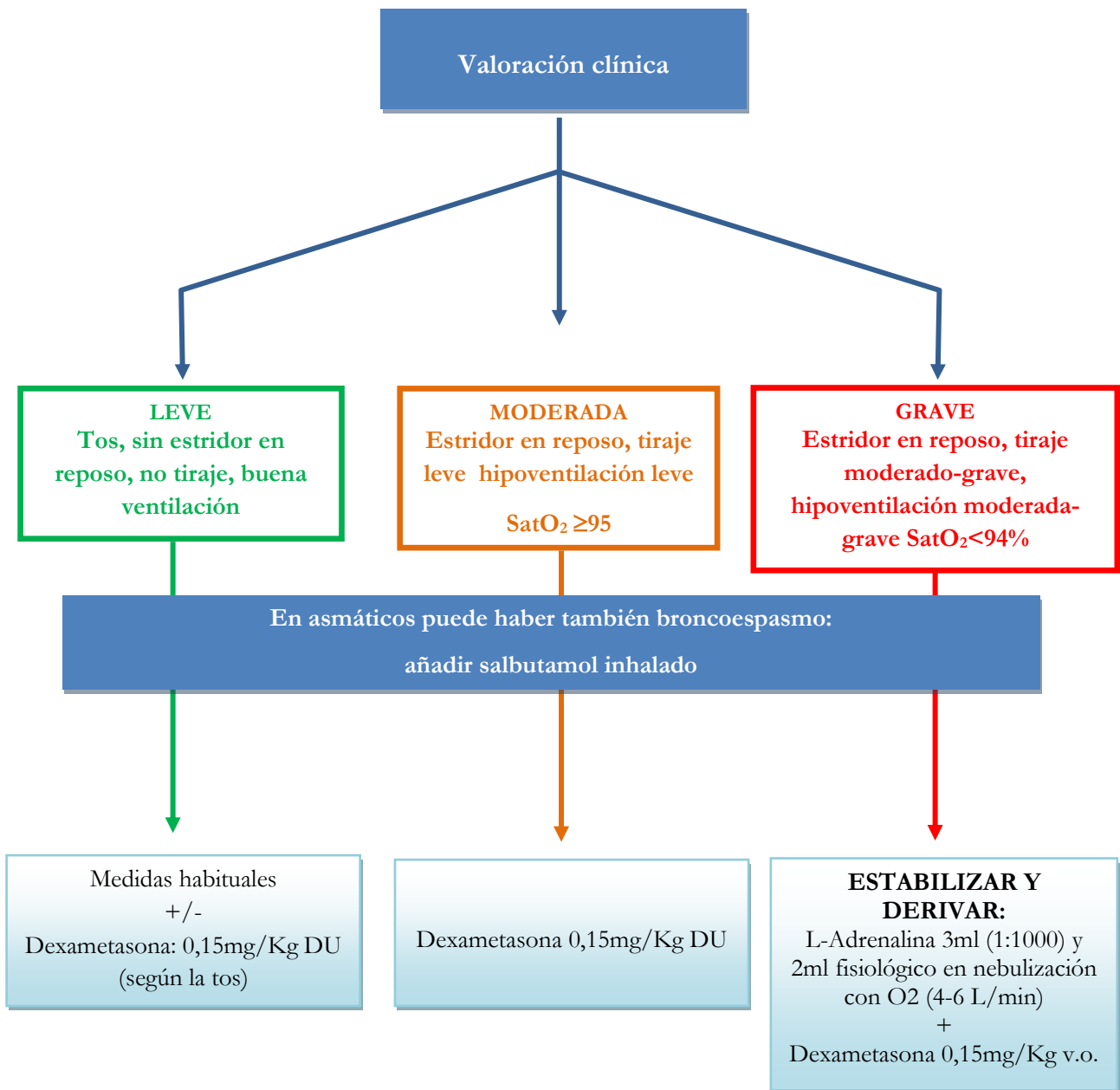
Lo habitual es que se presente como un cuadro leve, constituyendo un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencias por la angustia que produce en el paciente y la familia. De los casos atendidos en urgencias, un 5-6% permanecen en observación unas horas y el 1% son ingresados (la mitad de ellos en cuidados intensivos).

Existen tres entidades -laringitis, laringotraqueobronquitis y crup laríngeo- que aún no compartiendo la misma etiología y clínica, se mezclan como términos en la literatura: su tratamiento, tanto en Atención Primaria como en los servicios de 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 cómo es el cuadro. Recomendar como medidas generales ambiente húmedo y frío. Valorar en cada caso si es necesaria una dosis única de dexametasona oral 0,15 mg/Kg, que disminuirá la tos y la disfonía si incomoda mucho al niño y familia
4. En la laringitis moderada administrar una dosis de dexametasona oral 0,15 mg/Kg.
5. La laringitis grave se debe derivar a un centro hospitalario. Previamente al traslado se puede estabilizar al paciente administrando dexametasona oral 0,15 mg /kg y L-adrenalina nebulizada 3mg (3ml de adrenalina 1:1000 y 2 ml 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 se suele asociar un 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 en las oficinas de farmacia y disponer de ella en los centros. Existen comprimidos comercializados de 1 y de 4 mg, que se pueden disolver en 5 ml de agua azucarada. A pesar de que no hay estudios de farmacocinética que avalen el uso de dexametasona en preparación parenteral (Fortecortin® 1 ml = 4 mg) por vía oral, debido a su comodidad y fácil manejo en lactantes, es una práctica común su utilización, tanto a nivel hospitalario como a nivel de atención primaria, recomendada en algunas Guías de Práctica Clínica (Canadá y Alberta). La prednisolona, cuya suspensión oral sí está comercializada, se emplea a dosis equipotente, pero es de segunda elección.

Figura 1. Algoritmo de 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
<b>Adrenalina nebulizada (1:1000)</b>	2h	-	-	3 ml diluidos en 2ml de SSF	3 nebulizaciones con intervalo entre dosis de 20 min	Dosis única	10-30 min	2h
<b>Budesonida nebulizada 0,5mg/ml</b>	2-3h	-	Nula	2 mg diluidos en 2 ml de SSF	-	Dosis única	1-2h	24h
<b>Dexametasona</b>	36-54h	25	Nula	0.15 mg /Kg/d	8 mg	Dosis única	2-6h	36-72h
<b>Prednisolona<sup>1)</sup></b>	18-36h	4	Baja	1 mg/Kg/d <sup>2)</sup>	30 mg	Dosis única	2-6h	12-36h

<sup>1)</sup> Hay dos ensayos clínicos con Prednisolona administrada como dosis única. Evidencia no concluyente.

<sup>2)</sup> 1mg/Kg de Prednisolona es equivalente a 0,15mg/Kg de Dexametasona.