

# LARINGITIS

**TEP:**  
**A:** Apariencia  
**R:** trabajo Respiratorio  
**C:** Circulación

**VALORAR TEP**



**TELÉFONOS EMERGENTZIAK:**  
 Araba: 945 244 444  
 Bizkaia: 944 100 000  
 Gipuzkoa: 943 461 111

**ESTABLE**

**INESTABLE**

**Score / SpO<sub>2</sub>\***

**DIFICULTAD RESPIRATORIA (R)**  
 Tiraje ± ruidos respiratorios ± taquipnea

**FALLO (CARDIO)RESPIRATORIO (A + R ± C)**  
 R ± alteración de conciencia ± cianosis / shock

**LARINGITIS LEVE (score ≤3)\***  
 - Considerar **Dexametasona** oral, dosis única\*\*:  
 0,15-0,6 mg/kg (máx. 10 mg)  
 - **Alta** con medidas generales: respirar aire fresco, elevar cabecera

**-ABCDE**  
 - Minimizar ansiedad, postura confortable  
 - SpO<sub>2</sub> + O<sub>2</sub> humidificado (si SpO<sub>2</sub> <92% o tiraje moderado/ severo)  
 - **SCORE LARINGITIS\***

**LARINGITIS MODERADA (score 4-5)\*:**

**LARINGITIS GRAVE (score ≥6)\***

Si responde:  
 - **REEVALUAR** nuevamente **AL CABO DE otras 3-4 horas** (si no puede reevaluarse : remitir a **urgencias**)  
 - Considerar factores de riesgo añadidos\*\*\*

- **Adrenalina** nebulizada:  
 0,5 mg/kg (máx. 5 mg)  
 +  
 - **Dexametasona** oral, dosis única\*\*:  
 0,6 mg/kg (máx.10 mg)

- **Llamar a Emergencias para traslado:**  
**SCORE RECURSO DE TRASLADO**  
 - **Adrenalina** nebulizada:  
 0,5 mg/kg (máx. 5 mg) (se puede repetir, c/15-20 min, hasta 3 dosis)  
 - **Dexametasona** oral (si adecuada tolerancia oral y no administración previa) \*\*: 0,6 mg/kg (máx. 10 mg)  
 - **Oxígeno** humidificado

Responde (**score ≤3 y SpO<sub>2</sub> ≥95%**)\*:  
**Alta\*\*\*\*** con medidas generales

Si **NO** responde o recaída, (**score ≥ 4**)\*

**PREPARACIÓN DE LAS NEBULIZACIONES**  
 - La **dilución** para nebulizar se puede preparar añadiendo **SSF** hasta completar **5 ml** de volumen total  
 - Pasar las nebulizaciones con flujo de O<sub>2</sub> de 4-6 L/min, en 10-15 min

**TRASLADO AL HOSPITAL:**  
 - Si necesidad de IOT: **TET más pequeño** que el de su edad  
 - **Capnografía** si disponible

**\*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-intensas
Saturación de O <sub>2</sub>	≥95%		≤94%

EPISODIO: LEVE: ≤3 puntos / MODERADO: 4-5 puntos / GRAVE: ≥6 puntos (o alteración de conciencia o cianosis)

**\*EL NIVEL DE GRAVEDAD A NIVEL PRÁCTICO:**

- **Episodio leve:** tos ronca, sin estridor inspiratorio en reposo, ni trabajo respiratorio, con buena ventilación pulmonar y SpO<sub>2</sub>≥95%
- **Episodio moderado:** estridor en reposo con retracciones leves y buena ventilación global con SpO<sub>2</sub>≥95%
- **Episodio grave:** estridor en reposo con retracciones marcadas, hipoventilación pulmonar y/o SpO<sub>2</sub>≤94% (o alteración de conciencia o cianosis)

**\*\*CONSIDERACIONES SOBRE LOS CORTICOIDES:**

- A la hora de decidir administrar corticoide oral, tener en cuenta el exceso de dosis anuales que reciben algunos niños con laringitis muy leves, con score de 0 y sin factores de riesgo
  - Si no se dispone de dexametasona:
    - Prednisolona:** 1-2 mg/kg/24 horas, 2-3 días
- Prednisona:** dosis única. (máximo 60 mg) 4 mg/kg de prednisona = 0,6 mg/kg dexametasona; 2 mg/kg prednisona = 0,3 mg/kg dexametasona; 1 mg/kg prednisona = 0,15 mg/kg dexametasona<sup>(9)</sup>
- Si no hay tolerancia oral y se dispone de **budesonida solución para nebulización:** 2 mg (dosis única), nebulizada a la vez con la adrenalina. Otra alternativa sería la **dexametasona IM o IV<sup>(10)</sup>**

**\*\*\*CONSIDERAR FACTORES DE RIESGO AÑADIDOS PARA REMITIR A URGENCIAS:**

- Necesidad de una 2ª dosis de adrenalina
- No tolerancia oral para la dexametasona
- Antecedentes de episodio moderado-grave o < 6 meses con laringitis moderada
  - Factores sociales o de acceso al hospital
- Otras enfermedades asociadas: neuromusculares, cardiopatías, displasia broncopulmonar, patología de vía aérea conocida (antecedentes de IOT, etc.)

**\*\*\*\*CONDICIONES PARA EL ALTA DOMICILIARIA**

- No estridor en reposo
  - SpO<sub>2</sub> normal
  - Buena ventilación
  - Coloración normal
  - Nivel de conciencia normal
  - Buena tolerancia oral de líquidos
- Los cuidadores entienden las indicaciones y tienen posibilidades de volver, en caso fuera necesario
- En los que han precisado adrenalina nebulizada, se recomienda reevaluación a las 24 horas

JUSTIFICACIÓN PARA EL CAMBIO

1. Revisión por haber pasado 3 años del protocolo anterior.
2. Se cambia la recomendación de dosis de dexametasona en las laringitis moderadas y en las graves, a 0,6 mg/kg (dosis única), con un máximo de 10 mg, atendiendo a la recomendación en UpToDate (Grado de recomendación 1A)<sup>9,10</sup>.
3. Sigue sin haber evidencia de que la budesonida nebulizada añada algún beneficio al tratamiento con corticoide sistémico (ya sea oral o parenteral), y además es más cara. Por estos motivos, no se considera justificado disponer de budesonida en solución para nebulización en Atención Primaria (se admite la posibilidad de administrar 2 mg de budesonida en la misma nebulización que la adrenalina, en los episodios moderados o severos en los casos en que no se haya podido administrar por vía oral o parenteral, por vómitos o rechazo, lo que se puede hacer durante el traslado en ambulancia o en urgencias del hospital).
4. En laringitis grave, las dosis de adrenalina nebulizada se pueden repetir cada 15-20 minutos<sup>9,10</sup>.
5. Se añade la posibilidad de utilizar la capnografía en el transporte en SVA.
6. Se amplían los Factores de Riesgo Añadidos para remitir a urgencias y las Condiciones para el Alta Domiciliaria<sup>10</sup>.

CÓDIGOS CIE-10 RELACIONADOS:

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

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mazza D, Wilkinson F, Turner T, Harris C. Evidence based guideline for the management of croup. Aust Fam Physician. 2008; 37(6):14-20
2. Russell KF, Liang Y, O'Gorman K, et al. Glucocorticoids for croup. Cochrane Database Syst Rev 2011; CD001955
3. Garbutt JM, Conlon B, Sterkel R, et al. The comparative effectiveness of prednisolone and dexamethasone for children with croup: a community-based randomized trial. Clin Pediatr (Phila) 2013; 52:1014
4. Geelhoed GC. Budesonide offers no advantage when added to oral dexamethasone in the treatment of croup. Pediatr Emerg Care 2005; 21:359
5. Alberta Clinical Practice Guideline WorkingGroup. Guideline for the diagnosis and management of croup. 2008. Disponible en: [www.topalbertadoctors.org/download/252/croup\\_guideline.pdf](http://www.topalbertadoctors.org/download/252/croup_guideline.pdf) (Consultado el 24.02.2017)
6. Bjornson C, Russell K, Vandermeer B, et al. Nebulized epinephrine for croup in children. Cochrane Database Syst Rev 2013; CD006619
7. Moore M, Little P. Humidified air inhalation for treating croup. Cochrane Database Syst Rev 2006; CD002870.
8. Woods CR; Croup: Clinical features, evaluation, and diagnosis. Section Editors: Redding G; Messner AH; Kaplan SL. Deputy Editor: Armsby C. Literature review current through: Apr 2017. This topic last updated: May 10, 2016. <http://www.uptodate.com> (Consultado el 29.05.2017)
9. Woods CR. Croup: Pharmacologic and supportive interventions. Section Editors: Kaplan SL; Messner AH. Deputy Editor: Armsby C. Literature review current through: Apr 2017. This topic last updated: Aug 02, 2016. <http://www.uptodate.com> (consultado el 29.05.2017)
10. Woods CR. Croup: Approach to management. Section Editors: Kaplan SL; Messner AH. Deputy Editor: Armsby C. Literature review current through: Apr 2017. This topic last updated: Aug 02, 2016. . <http://www.uptodate.com> (consultado el 29.05.2017)
11. Sociedad Española de Urgencias Pediátricas. Hoja informativa para familiares sobre Laringitis. Disponible en: <http://www.seup.org>
12. Clarke M, Allaire J. An evidence-based approach to the evaluation and treatment of croup in children. Pediatric Emergency Medicine Practice 2012; 9:1
13. Johnson D. Croup. Clinical Evidence 2014;09:321Disponible en <http://clinicalevidence.bmj.com> [Consultado el 27.02.2017]