

Laringotraqueobronquitis aguda (crup)



Lorena Torres Ros (Rotatorio Pediatría)

Tutor: Dr. Germán Lloret Ferrándiz (Urgencias Pediatría)

ANAMNESIS

- Varón de 2 años de edad remitido por tos y congestión nasal de 3 días de evolución, con exacerbación nocturna de la tos, además de estridor inspiratorio
- Con varios vómitos de contenido alimentario (el desayuno) y mucoso en las últimas 24 horas

DATOS EXPLORATORIOS

- Tª 36.4°C (Timpánica); FR 55rpm; Sat O2: 97% (Sin oxígeno)
- Pulmonary Score (PS) de 7. Estridor inspiratorio

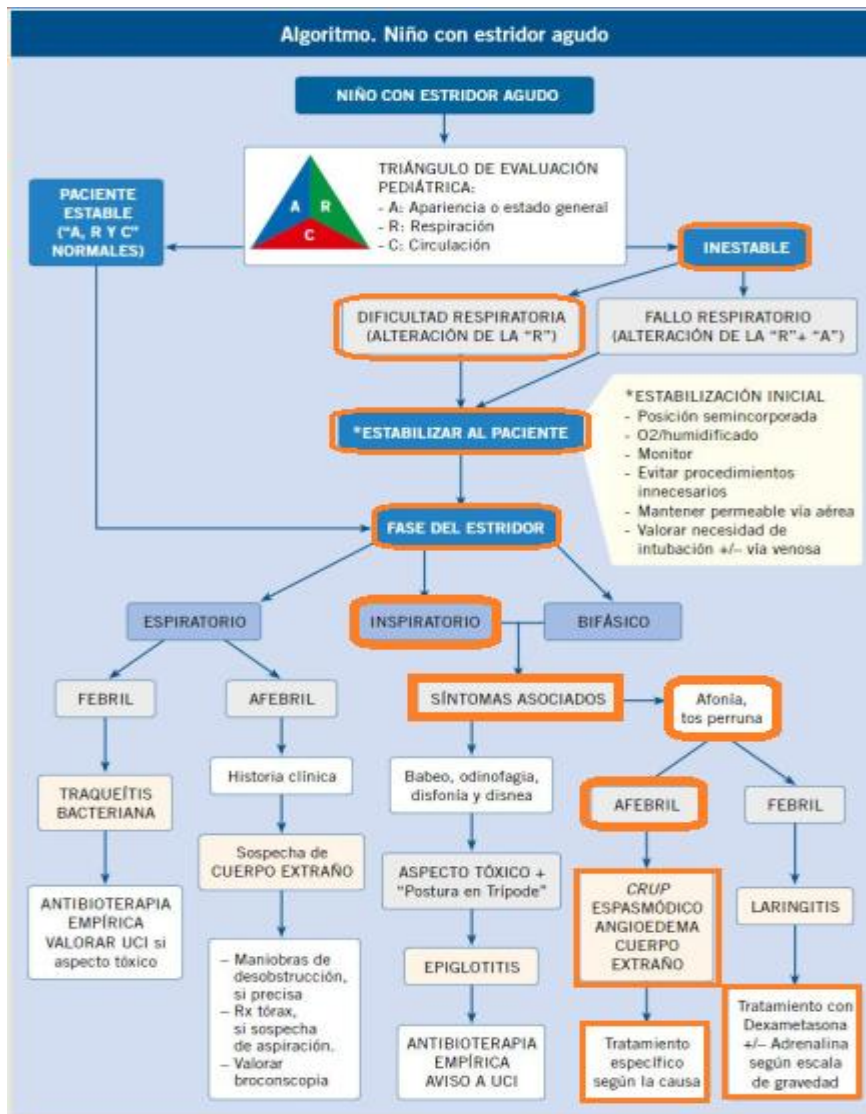
- BEG. Consciente, alerta y reactivo. NC. NH (llanto con lágrima)
- Taquipnea. Tiraje intercostal . No exantemas, ni petequias
- AC: taquicardia rítmica
- AP: Hipoventilación bilateral, con sibilantes espiratorios

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL ESTRIDOR

| SUPRAGLOTIS | LARINGO/SUBGLÓTICO | TRAQUEA | BRONQUIOS |
|--|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• CE• Epiglotitis | <ul style="list-style-type: none">• Laringitis• Traqueitis | <ul style="list-style-type: none">• CE | <ul style="list-style-type: none">• Asmática• Tosferina• Neumonía• Fibrosis quística• RGE• Enfisema lobar• Bronquiolitis obliterante• Neumopatías intersticiales• Infecciones |

CE: cuerpo extraño

RGE: Reflujo Gastroesofágico



DIAGNÓSTICO : LARINGOTRAQUEOBRONQUITIS AGUDA

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

- El diagnóstico es clínico y no suele REQUERIR pruebas complementarias
- Triada característica de crup: disfonía, tos perruna y estridor inspiratorio

Tabla II. Escala de Westley para valorar la gravedad del crup

| <i>Indicador de gravedad</i> | <i>Puntuación</i> |
|--|-------------------|
| Estridor respiratorio: | |
| - Ninguno | 0 |
| - En reposo, audible con fonendoscopio | 1 |
| - En reposo, audible sin fonendoscopio | 2 |
| Tiraje: | |
| - Ausente | 0 |
| - Leve | 1 |
| - Moderado | 2 |
| - Grave | 3 |
| Ventilación (entrada de aire): | |
| - Normal | 0 |
| - Disminuida | 1 |
| - Muy disminuida | 2 |
| Cianosis: | |
| - Ausente | 0 |
| - Con la agitación | 4 |
| - En reposo | 5 |
| Nivel de conciencia: | |
| - Normal | 0 |
| - Alterado | 5 |

Leve < 3; **Moderado 3-7;** Grave >=7.

TRATAMIENTO DE URGENCIAS LARINGITIS/CRUP

| Medicamento | Severidad del Croup | Dosis | Comentarios |
|---|---|--|---|
| Oxígeno | Severo: (SpO ₂ < 90%), Muy severo con cianosis central | Flujo Mínimo de 4 L/min, por medio de máscara facial | Adicionar adrenalina nebulizada y corticoides sistémicos. |
| Costicosteroides sistémicos | Moderado, severo | Dexametasona 0.3 mg/kg IM O prednisona/prednisolona 1–2 mg/kg oral | Inicio de acción a la hora. Se puede repetir la dosis a las 12-24 horas. La vía Im se debe elegir si no tolera la vía oral |
| Corticoides nebulizados (Si el niño no tolera la vía oral) | Moderado, severo | Budesonida 2 mg (4 mL) sin diluir | Inicio de acción a los 30 minutos. Las dosis se pueden repetir cada 12 horas por 2 días |
| Adrenalina Nebulizada 1:1000 | Moderado, severo | 0.5 ml/kg, dosis máxima de 5 ml nebulizada. | El inicio de acción es en minutos. Administrar corticoides también. Pueden necesitarse varias dosis 0- 30 y 90 minutos. |

CRISIS ASMÁTICA

ESTABLE/DIFICULTAD RESPIRATORIA

TRIAJE

Motivo de consulta
Toma de constantes: FR y SatO₂

NIVEL GRAVEDAD

Revalorar TEP, ABCDE
Historia clínica y exploración física

ESTIMACIÓN GRAVEDAD CON ESCALA CLÍNICA

LEVE

Salbutamol MDI ^{5A}
Valorar corticoide oral ^{5C}

MODERADO-GRAVE

Oxigenoterapia ^{5A}
Salbutamol + b. ipratropio ^{5B}
Corticoide oral ^{5C}

ALTA A DOMICILIO ⁸
Salbutamol MDI a demanda
Completar ciclo corticoide
Valorar inicio de tratamiento de base con corticoides inhalados ⁹
Información a la familia oral y escrita
Seguimiento en 24-48 horas

¿Cumple criterios de alta? ⁷

Sí

Sí

¿Cumple criterios de alta? ⁷

No

Ingreso hospitalario ¹¹

OBSERVACIÓN HOSPITALARIA
Oxigenoterapia, valorar OAF ^{6A}
Salbutamol a demanda
Completar corticoide ^{6C}
Valorar Rx tórax

¿Mejoría?

No

Ingreso en UCIP ¹⁰

FALLO RESPIRATORIO ²

(respiración + apariencia y/o circulación anormal)

ESTABILIZACIÓN

Monitorización completa con capnógrafo
A: apertura vía aérea, postura semiincorporada, valorar secuencia rápida de intubación
B: oxígeno 100%, valorar oxígeno alto flujo (OAF) ^{6A}
C: canalizar vía periférica, analítica con gasometría
Salbutamol + b. ipratropio nebulizados
Corticoide iv
Sulfato de magnesio iv ^{6B}
Considerar Rx tórax ^{6C}

EVOLUCIÓN

- 14: 25:** 0.5 mg INHALADO **Salbutamol** + **Prednisolona** 1.7 mg/kg
- 14:45:** AP: leve mejoría entrada de aire con espiración alargada y sibilantes
1ª Nebulización **Salbutamol** 2,5 mg + **Ipratropio** 250 mcg (malla vibrante)
- 16:10:** AP: buena entrada de aire bilateral con sibilancias aisladas
Dormido. Tiraje supraclavicular. Alargamiento espiratorio con estridor
1ª Nebulización **Budesonida** 250 mcg (malla vibrante)
- 16:45:** Aumento trabajo respiratorio, AP hipoventilación y sibilantes
2ª nebulización **Salbutamol** 2.5 mg + **Ipratropio** 250 mcg
- 18:45:** AP: hipoventilación generalizada con sibilantes teleespiratorios en bases
Distrés moderado
3ª nebulización **Salbutamol** 2.5 mg + **Ipratropio** 250 mcg
- 20:45:** AP: buena entrada de aire bilateral sin ruidos patológicos. No distrés. Alta.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- M.C. Torres Hinojal*, J.M. Marugán de Miguelsanz** *Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud de Laguna de Duero. Valladolid.
**Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid
- 2.- García ML, Korta Murua J, Callejón A.
Bronquiolitis aguda viral. Protoc diagn ter pediatr. 2017;1:85-102.
- 3.- Actualización en crup viral para médicos de atención primaria Update
in viral croup for primary care physicians
Pág. 2,11 Recibido: 16-04-2020
- 4.- ©Asociación Española de Pediatría. Protocolos actualizados al año 2020.
Consulte condiciones de uso y posibles nuevas actualizaciones en
www.aeped.es/protocolos/ ISSN 2171-8172



Reacciones
adversas
por
Atención
RGCF