



FAPap

Formación
Activa
en Pediatría
de Atención
Primaria



Laringitis y resfriado común

Maite Callén Blecua
María Esteller

Septiembre 2013

Laringitis/crup. Epidemiología

- Enfermedad obstructiva de la vía aérea más frecuente en la infancia.
- Niños de tres meses a tres años.
- Pico en septiembre y octubre
- Causada por virus parainfluenza 1 y 2 en el 70% de los casos, virus respiratorio sincitial (VRS), rinovirus, influenza, coronavirus humano, coxsackie y sarampión.

Clínica

- Tos perruna, afonía y estridor inspiratorio.
- Cuadro brusco por la noche en el crup espasmódico. Corta duración.
- Instauración más lenta y precedida de rinitis y fiebre la laringitis viral. Duración de dos a cinco días.
- Puede haber signos de dificultad respiratoria: aumento del trabajo respiratorio e hipoventilación.



Diagnóstico

- Historia.
- Exploración física.
- No exploraciones complementarias.
- Diagnóstico diferencial:
 - ✓ Inhalación de cuerpo extraño.
 - ✓ Anomalía congénita.
 - ✓ Epiglotitis/traqueitis.



Diagnóstico diferencial

- Niño menor de 12 meses:
 - ✓ Problema estructural de la vía aérea: **laringomalacia y traqueomalacia**.
- Niño mayor de un año:
 - ✓ **Inhalación de cuerpo extraño**: comienzo agudo de tos, estridor y disnea, sin fiebre, muchas veces con antecedente de aspiración reciente.
 - ✓ **Absceso retrofaríngeo**: estridor inspiratorio y espiratorio. Fiebre alta, dolor de garganta.
 - ✓ **Traqueitis bacteriana**: normalmente sobreinfección de crup viral. Fiebre alta, aspecto tóxico e incremento del distrés respiratorio a pesar del correcto tratamiento del crup. *Estafilococo/H. influenzae*.
 - ✓ **Epiglotitis**: niños de 2-7 años. Fiebre alta, aspecto tóxico, estridor, disfagia y babeo. Sentado hacia delante. No tos perruna. Rara por la vacunación.
 - ✓ **Edema angioneurótico**: edema agudo de la vía aérea superior con estridor y disnea. También puede estar presente el edema facial, de la lengua o faringe.

Valoración de la gravedad

- Las escalas clínica de gravedad son poco útiles, con gran variabilidad entre observadores, se valora:
 - ✓ **Intensidad del estridor:** con el llanto o en reposo.
 - ✓ **Tiraje** supraesternal, intercostal y subcostal.
 - ✓ **Ventilación:** normal, disminuida o muy disminuida.
 - ✓ **Coloración:** normal, palidez o cianosis.
 - ✓ **Sensorio:** normal, agitación o letargo.

Laringitis/crup. Westley croup score

Síntomas	Descriptor	Score
Estridor	Ninguno	0
	Cuando se agita	1
	En reposo	2
Retracciones	Ninguna	0
	Leve	1
	Moderada	2
	Severa	3
Entrada de aire	Normal	0
	Disminuida	1
	Marcadamente disminuida	2
Cianosis	No	0
	Cuando se agita	4
	En reposo	5
Nivel de conciencia	Normal	0
	Desorientado	5

Crup leve: 1-2. Crup moderado. 3-8; Crup grave: >8.

Tratamiento. Corticoides (I)

- Los corticoides mejoran los síntomas a las seis horas, y disminuyen los ingresos y la necesidad de adrenalina.
- La **dexametasona** en dosis única oral es el fármaco de elección. Igual de efectiva que por vía intramuscular.
- En la laringitis leve, una dosis de 0,15 mg/kg disminuye la tos y las consultas posteriores.
- Dexametasona en dosis de 0,15 mg/kg frente a prednisolona en dosis de 1 mg/kg: menor número de consultas e ingresos

Russell KF. Glucocorticoids for croup. Cochrane Database Syst Rev. 2011; CD001955.

Tratamiento. Corticoides (II)

- **Budesonida nebulizada** = dexametasona oral en eficacia.
- Molesta más al niño y es más cara.
- Alternativa en casos graves junto con adrenalina nebulizada.

Russell KF. Glucocorticoids for croup. Cochrane Database Syst Rev. 2011; CD001955.

Tratamiento. Adrenalina

- Produce mejoría a los 30 m en la escala de síntomas vs. placebo.
- El efecto no dura más de dos horas.
- Indicada en laringitis moderada y grave junto al corticoide.

Bjornson C. Nebulized epinephrine for croup in children. Cochrane Database Syst Rev. 2011;CD006619.

Otros tratamientos

- **Aire húmedo:** no hay evidencia de eficacia en la escala de síntomas.
- **Aire frío por la noche:** no hay estudios.
- **Intentar molestar al niño lo menos posible y tranquilizarlo**

Johnson D. Croup. Clinical evidence 2008. Disponible en <http://clinicalevidence.bmj.com/x/systematic-review/0321/key-points.html>

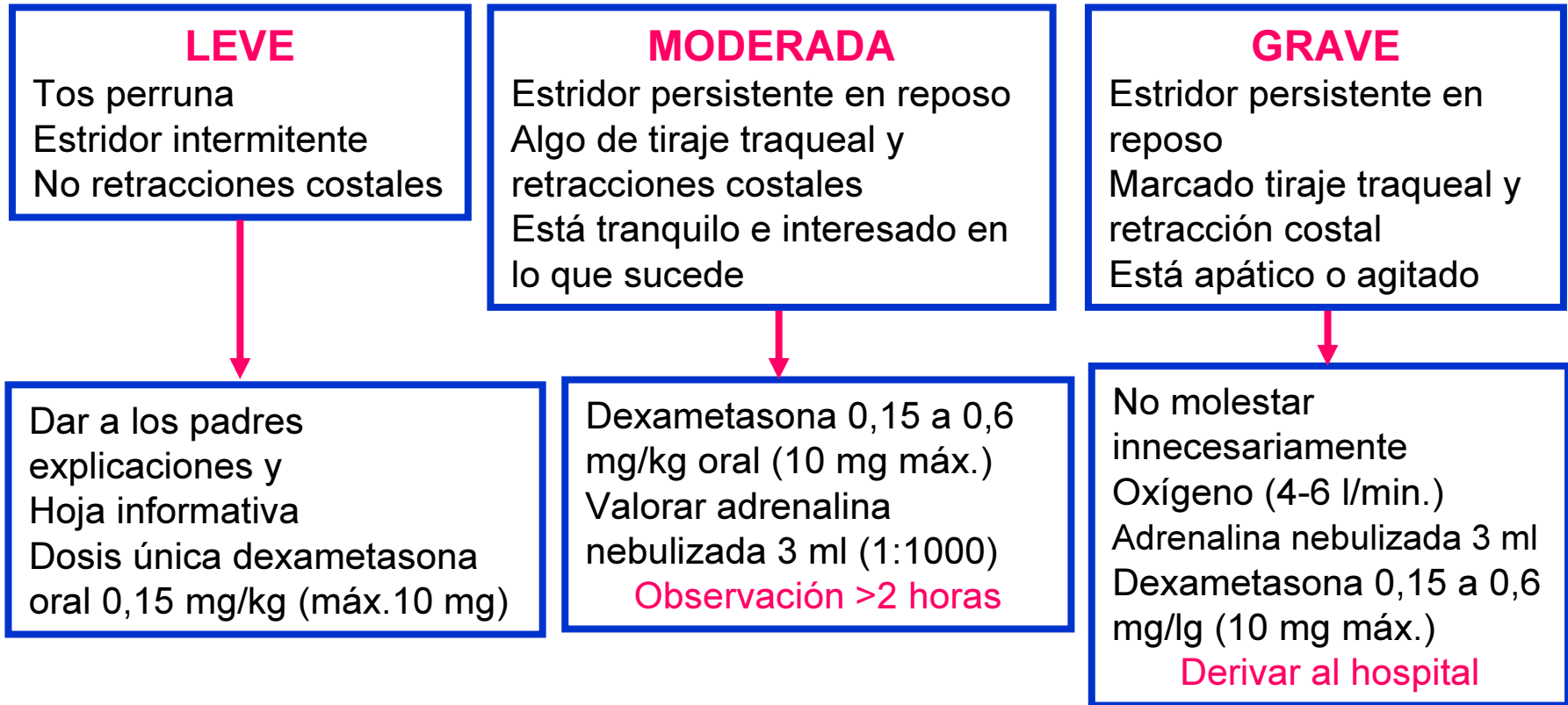
Laringitis/crup.

Comparativa de fármacos empleados

	Dosis habitual	Inicio efecto	Duración
Adrenalina nebulizada 1:1000	3 ml diluidos en 2 ml de suero salino fisiológico	10-30 minutos	2 horas
Budesonida nebulizada 0,5 mg/ml	2 mg en 2 ml de suero salino fisiológico	1-2 horas	24 horas
Dexametasona	0,15-0,6 mg/kg/día	2-6 horas	36-72 horas
Prednisolona	1 mg/kg/día	2-6 horas	12-36 horas

0,15 mg de dexametasona equivalen a 1 mg de prednisolona.

Laringitis/crup. Manejo en el centro de salud



Si hay broncoespasmo: añadir salbutamol inhalado

Modificado del protocolo del GVR Laringitis aguda (publicación P-GVR-5) . Disponible en www.aepap.org/gvr/protocolos.htm

Resfriado común. Introducción

- El resfriado común (RC) es una enfermedad vírica (rinovirus >50%), uno de los principales motivos de consulta y, en general, no grave, que se resuelve por sí sola.
- Presenta un gran impacto, ya que ocasiona un **malestar considerable, absentismo escolar** y un importante **gasto económico** (aumenta el número de consultas, consumo de fármacos)
- Escasa atención al tratamiento correcto: enfermedad considerada menor, a la que se atiende siguiendo hábitos arraigados entre el personal médico.

Resfriado común. Clínica

- Se manifiesta como congestión nasal, rinorrea, estornudos, tos y ocasionalmente fiebre. También dificultad para la alimentación, vómitos, odinofagia, entre otros.
- Periodo de incubación corto (desde 10-12 horas). Los síntomas tienden a alcanzar su punto máximo después de 2-5 días y luego disminuyen en intensidad.
- En niños mayores, suelen durar alrededor de una semana y en niños pequeños, de 10 a 14 días.
- La tos, especialmente en niños pequeños, puede durar tres semanas (90%) y en algunos (10%) persistir en la cuarta semana.

Resfriado común. Tratamiento (I)

Grupo/terapia	Evidencia
Analgésicos y antipiréticos	Los antiinflamatorios no esteroideos tienen cierta eficacia en el alivio del dolor, el malestar y la fiebre causados por el resfriado, pero su uso debe decidirse considerando los efectos secundarios.
Antibióticos	No hay evidencia de beneficios en su uso. Hay evidencia de que causan efectos adversos significativos, aumentan el riesgo de resistencias y no previenen las infecciones bacteriana.
Anticatarrales	No existen pruebas de efectividad en niños pequeños. Pueden ser causa de efectos adversos significativos y su condición de medicamentos sin receta médica incrementa el riesgo sobredosificación e ingestión accidental.

Resfriado común. Tratamiento (II)

Grupo/terapia	Evidencia
Bromuro de ipratropio intranasal	Podría ser eficaz para aliviar la rinorrea . Su uso se ha asociado con efectos secundarios. Se necesitan ensayos más grandes de alta calidad para determinar la eficacia en el alivio de los síntomas.
Vitamina C	La administración regular de suplementos de vitamina C reduce la duración y gravedad, pero no la incidencia .
Miel	Parece aliviar la tos y mejorar la calidad del sueño y, aunque no existe evidencia a favor ni en contra como para indicarla en niños mayores de un año, dados los escasos efectos adversos que tiene, podría ser una alternativa.
Probióticos	Usados profilácticamente pueden disminuir la incidencia .
Zinc	Actualmente, no se recomienda su uso en niños.

Resfriado común. Tratamiento (III)

Grupo/terapia	Evidencia
Irrigación nasal con solución salina	Se considera que pueden ayudar a aliviar la congestión nasal y en la alimentación, pero en una reciente revisión se considera que los ensayos incluidos fueron demasiado pequeños y tuvieron un riesgo demasiado alto de sesgo para concluir a favor de los posibles beneficios.
Antitusígenos tópicos, corticoides intranasales, ajo, equinácea, <i>Pelargonium</i>, inhalación de aire caliente humidificado	No existe evidencia actualmente para recomendar su uso en la profilaxis o tratamiento.

Recomendar

- Un consumo adecuado de **líquidos** (hidrata, suaviza secreciones).
- **Alimentos nutritivos.**
- **Descanso relativo.**

Resfriado común. Complicaciones

- Bronquiolitis y neumonía → lactantes y niños pequeños.
- Otitis media aguda → la más común en lactantes y niños pequeños.
- Sinusitis e infecciones del tracto respiratorio inferior → las más comunes en niños mayores.
- Exacerbación aguda asmática.

Resfriado común. Recomendaciones

- Tranquilizar a la persona o a los padres diciéndoles que, aunque los síntomas son desagradables, es benigno y son raras las complicaciones.
- Explicar que se trata de una infección vírica y que los antibióticos no son útiles.
- Informar de que la tos asociada suele ser autolimitada, así como de la falta de eficacia de los medicamentos anticatarrales.
- Transmitir interés, fomentar la confianza y no menospreciar la enfermedad.
- Indicar los signos de alarma por los que reconsultar.
- La educación sanitaria a los padres, sobre la enfermedad y el tratamiento, puede reducir la necesidad de posteriores consultas.