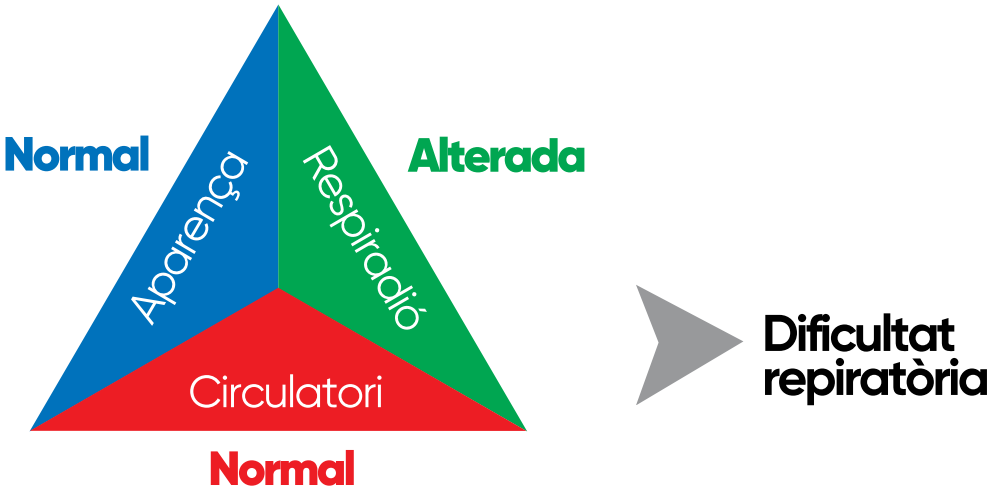
THESAURUS DE SEGURETAT A LA PRÀCTICA CLÍNICA D'URGÈNCIES PEDIÀTRIQUES

ELIZABETH DOMINGO LAGMAN, ANNA BLANCO JUAN, SARA LÓPEZ TORRES
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU.

CAS CLÍNIC: LARINGITIS AGUDA

Una nena de 3 anys i 15 kg de pes, sense antecedents patològics d'interès, és portada a Urgències acompanyada pel seus pares per quadre de tos i dificultat respiratòria. Els pares expliquen que des de fa 3 dies presenta tos i mucositat de vies altes amb febrícula màxima de 37,5°C, però que des d'aquesta nit ha empitjorat la tos que descriuen com "de gos", la noten més afònica i els fa la impressió que respira més ràpid.

A la seva arribada es realitza una valoració inicial amb el triangle d'avaluació pediàtrica (TAP):



Es col·loca a la pacient al Box d'Urgències en decúbit supí i es monitoritzen constants (FC 130 bpm, TA 110/70 mmHg, FR 45 rpm, SatO2 96% basal, T° 36,7°C). El pacient es posa irritable i s'intenta aixecar del llit tota l'estona. La família es mostra molt angoixada davant la situació i es demana que es retirin per a poder facilitar el maneig.

S'inicia l'abordatge ABCDE:

A: estridor inspiratori en repòs.

B: hipoventilació lleu sense sorolls sobreafegits. Tiratge subcostal i intercostal lleu.
Taquipnea.

C: Polsos centrals i perifèrics palpables i simètrics. Temps de recapil·larització <2s.
No signes de ingurgitació jugular ni hepatomegàlia.

D: Pupil·les isocòriques i normoreactives. Glasgow 15. Irritable.
E: No lesions cutànies. Normotèrmia.

S'orienta com a laringitis moderada (Westley 4 punts). Se sol·licita radiografia de tòrax, que no mostra alteracions. S'administra budesonida nebulitzada (2 mg) i dexametasona via oral (9 mg). Posteriorment, presenta empitjorament clínic amb increment de dificultat respiratòria amb tiratge supraesternal i disminució de l'entrada d'aire. S'administra adrenalina nebulitzada (5 mg) i es deixa en observació sota monitorització. Presenta progressiva millora clínica amb disminució dels signes de dificultat respiratòria, millora l'entrada d'aire bilateral i lleu estridor amb l'agitació.

Davant la correcta evolució es dóna d'alta a domicili a les 2 hores.

ERRORS DETECTATS

SEPARACIÓ DE LA FAMÍLIA

Davant el diagnòstic d'una laringitis aguda, abans d'iniciar qualsevol tractament, és important que el nen es trobi tranquil i reduir l'angoixa, ja que poden empitjorar la situació clínica afavorint un espasme o condicionant un empitjorament de la dificultat respiratòria. Per aquest motiu, és important tenir en compte la presència d'algun familiar i animar-lo a agafar-lo (si la situació ho permet) i a calmar-lo, per així reduir la por i l'ansietat amb mesures no farmacològiques. Cal mantenir un ambient tranquil. En aquest cas, s'ha demanat a la família que es retiressin de l'escenari per a poder facilitar el maneig però això ha pogut tenir una repercussió negativa en la nena ja que s'ha mantingut irritable en tot moment.

POSICIÓ EN DECÚBIT SUPÍ

A l'arribada a Urgències, s'ha ubicat a la nena al box d'Urgències i s'ha col·locat en decúbit supí amb la posterior monitorització i abordatge ABCDE. És important que davant d'una laringitis aguda, es col·loqui al nen en una posició còmoda i incorporada, per tal de no empitjorar els signes de dificultat respiratòria i assegurant la via aèria permeable.

MANEIG DIAGNÒSTIC

En aquest cas, davant la sospita de laringitis aguda s'ha realitzat radiografia de tòrax inicialment de forma sistemática. Cal recordar que el diagnòstic de la laringitis aguda és fonamentalment clínic. La presència de tos "de gos" associat o no a estridor inspiratori o dificultat respiratòria en context de quadre viral sense altra clínica associada, orienta cap aquest diagnòstic. Les exploracions complementàries, en general, són poc útils i la seva realització de forma sistemàtica no és necessària. La radiografia de tòrax es reserva per quan hi ha sospita de clínica associada: quadres de bronconeumonia, laringotraqueitis bacteriana o possibilitat de cos estrany.

MANEIG TERAPÈUTIC

Davant la orientació diagnòstica de laringitis aguda, és important utilitzar alguna escala de valoració per a establir criteris de gravetat i decidir l'actitud terapèutica més adequada. En aquest cas, s'ha utilitzat l'escala de Westley (taula 1), que es tracta de l'eina més utilitzada i estudiada, tot i que n'existeixen d'altres com la de Taussig.

Taula 1. Escala Westley

	0	1	2	3	4	5
Estridor inspiratori	No	Amb l'agitació	En repòs			
Retraccions/tiratge	No	Lleu	Moderat	Sever		
Ventilació	Normal	Hipoventilació lleu	Hipoventilació moderada-severa			
Cianosi	No				Amb l'agitació	En repòs
Nivell consciència	Normal					Disminuït
Lleu ≤2; Moderat 3-7; Greu 8-11, Fallida respiratòria imminent ≥12						

D'acord amb això, s'ha classificat correctament la laringitis com a moderada amb 4 punts (estridor inspiratori en repòs, tiratge intercostal i subcostal lleu, hipoventilació lleu). Tot i així el maneig terapèutic és erroni. El tractament recomanat en funció de la gravetat és:

- Laringitis lleu (Escala Westley ≤2 punts): administrar dosi única de corticoide oral (dexametasona 0,15-0,6 mg/kg; màxim 10 mg). Com a excepció, en cas d'intolerància oral, administrar dosi única de budesonida nebulitzada (2 mg).
  S'indiquen mesures generals i s'expliquen signes d'alarma i normes de reconsulta.

- Laringitis moderada (Escala Westley 3-7 punts): administrar adrenalina nebulitzada (0,5 mg/kg; màxim 5 mg) juntament amb dosi única de corticoide oral (dexametasona 0,15-0,6 mg/kg; màxim 10 mg).

- Laringitis greu (Escala Westley ≥8 punts): administrar adrenalina nebulitzada (0,5 mg/kg; màxim 5 mg) juntament amb dosi única de corticoide sistèmic (dexametasona oral, intravenosa o intramuscular). Si empitjorament o absència de milloria, administrar nova dosi d'adrenalina nebulitzada (fins a 3 dosis en intervals de 30 minuts). Valorar necessitat d'ingrés a planta d'hospitalització o UCIP segons la resposta al tractament i de la gravetat.

En aquest cas de laringitis moderada, s'administren inicialment budesonida nebulitzada i dexametasona via oral (dos opcions de corticoide per vies diferents). Els glucocorticoides sistèmics són d'elecció pel tractament de la laringitis. El corticoide més utilitzat i estudiat és la dexametasona via oral. Presenta un inici d'acció de 2-3 hores i una vida mitja de 36-72 hores. S'ha demostrat la no inferioritat de la prednisolona respecte la dexametasona en quan a eficàcia, pel que en cas de no disposar de dexametasona és una alternativa. S'administra amb dosi de 1 mg/kg/día durant 3 dies.

Pel que fa als corticoides nebulitzats, no s'haurien de considerar com a primera linea de tractament de la laringitis. La dexametasona ha demostrat la seva superioritat respecte la budesonida nebulitzada per millorar les escales clíniques. No es recomana el tractament combinat de corticoides sistèmics i nebulitzats ja que no aporta cap benefici addicional.

En el cas que s'ha presentat, amb l'empitjorament clínic, és quan s'administra l'adrenalina nebulitzada, però s'hauria d'haver administrat ja a l'arribada quan s'ha orientat com una laringitis moderada.

L'eficàcia de l'adrenalina nebulitzada en les laringitis moderades i greus està demostrada en diferents estudis. Actua mitjançant la vasoconstricció de les arterioles precapil·lars, disminuint la pressió hidrostàtica i, per tant, l'edema de la mucosa laríngea. La dosi a nebulitzar és 0,5 mg/kg, màxim 5 mg. Té un efecte ràpid, d'inici als 10 minuts, amb un pic màxim als 30 minuts i amb una durada de 2 hores.

TEMPS D'OBSERVACIÓ

En el cas clínic es queda en Observació durant 2 hores i posteriorment es dóna d'alta amb la milloria clínica. En aquest cas, després de l'administració d'adrenalina nebulitzada s'aconsella deixar al pacient en observació durant 3-4 hores abans de decidir d'alta, ja que el seu efecte és transitori i pot aparèixer la clínica de nou. Per a minimitzar això, es recomana l'administració simultània de corticoides. Es podrà valorar l'alta a domicili si compleix els següents criteris:

- Absència d'estridor en repòs
- Saturació d'oxigen normal
- Absència de dificultat respiratòria
- Bona coloració i bon estat general
- Bona tolerància a líquids
- Capacitat d'acudir de nou a un hospital si empitjorament clínic

CONCLUSIONS

- Davant una laringitis aguda és important minimitzar l'ansietat i assegurar una postura confortable. La presència de la família pot ajudar a tranquil·litzar el pacient i reduir el risc de complicacions.
- El diagnòstic de la laringitis és fonamentalment clínic i es basa en l'anamnesi i l'exploració física. Les exploracions complementàries no són necessàries de forma sistemàtica.
- És important utilitzar una escala de gravetat per a decidir l'actuació terapèutica adequada.
- No es recomana el tractament combinat de corticoides sistèmics i nebulitzats ja que no aporta cap benefici addicional.
- Davant una laringitis moderada, caldrà administrar adrenalina nebulitzada juntament amb dosi única de corticoide oral (preferiblement dexametasona).
- En cas d'administrar adrenalina nebulitzada, es recomana un temps d'observació de 3-4 hores previ a decidir l'alta a domicili.

Bibliografia

- Guirado Rivas C, Luaces Cubells C. Laringitis aguda. A: Protocolos diagnósticos y terapéuticos en urgencias de pediatría. 4ª ed. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP); 2024 feb.
- Woods CR, Goldman M, Tovar L. Croup: Management [Internet]. UpToDate. Waltham (MA): UpToDate Inc.; 2025 [citat el 30 jul. 2025]. Disponible a: https://www.uptodate.com
- Aregbesola A, Tam CM, Kothari A, Le M-L, Ragheb M, Klassen TP. Glucocorticoids for croup in children. Cochrane Database Syst Rev. 2023;1:CD001955.pub