



“Croup pediátrico: actualización del tratamiento y manejo en Atención Primaria”

Autor: Dra. Liliana Núñez Residente Medicina Familiar mención Niños UCM.

Revisor: Dra. Francisca Rojas Docente Subdepartamento Medicina Familiar UCM

Resumen

El croup es una de las causas más frecuentes de obstrucción aguda de la vía aérea superior en la edad pediátrica. Aunque la mayoría de los episodios son leves y autolimitados, existen controversias en el manejo de la patología, en la vía y la dosis de corticoides, en la indicación de adrenalina nebulizada y en el tiempo de observación. Los corticoides constituyen el tratamiento principal en las distintas severidades. La adrenalina nebulizada se utiliza en cuadros moderados a severos y exige reevaluación posterior. El aire frío puede aportar alivio transitorio como medida adyuvante. La decisión de alta o derivación debe basarse en la gravedad, la respuesta al tratamiento y la posibilidad de vigilancia segura. Este artículo reúne recomendaciones recientes relevantes para la Atención Primaria.

Introducción

El croup es la causa infecciosa más frecuente de estridor agudo en la edad pediátrica¹, habitualmente causada por infección viral, siendo el patógeno más frecuente el virus parainfluenza². Esta patología respiratoria aguda se caracteriza por la tríada clínica de tos perruna, disfonía y estridor inspiratorio precedida frecuentemente por síntomas prodrómicos virales, afectando principalmente a la población entre 6 meses y 3 años de edad^{1,2}. En la mayoría de los casos, el croup es autolimitado y benigno, pero en sus presentaciones más severas puede significar un reto en el abordaje y manejo¹. Por esto se han desarrollado múltiples estudios recientes, los cuales están dedicados a recomendar métodos de acción basados en la evidencia. Sumado a esto, en atención primaria se espera integrar la evaluación, tratamiento, derivación y seguimiento oportunos.

Desarrollo

Evaluación inicial y medidas generales.

Al realizar la evaluación clínica inicial, se debe analizar la gravedad clínica y guiarse según esta. La Canadian Paediatric Society (CPS) propone clasificar la gravedad como leve, moderada, severa o falla respiratoria inminente según criterios como estridor en reposo, uso de musculatura accesoria, estado general, nivel de conciencia y cianosis, y señala que las escalas utilizadas en investigación no han demostrado mejorar por sí solas la atención clínica³. La escala más utilizada para evaluar la severidad es la escala de Westley, la cual puede facilitar la organización de la información y la toma rápida de decisiones; sin embargo, esta no reemplaza el juicio clínico, la observación y la reevaluación. Es importante identificar síntomas que nos puedan orientar hacia otro diagnóstico de obstrucción de vía aérea superior, como pueden ser: fiebre alta, aspecto tóxico, salivación excesiva, disfagia, inicio brusco o evolución atípica¹.

Las medidas no farmacológicas son el inicio de toda intervención. Se debe procurar mantener al paciente tranquilo, cómodo y evitar la agitación. Un ensayo clínico aleatorizado en 118 lactantes y preescolares evidenció que 30 minutos de exposición al aire frío exterior menor a 10 °C produjo una mejoría clínica mayor a los 30 minutos que aquellos que permanecieron a temperatura ambiente; sin embargo, este efecto no persiste a los 60 minutos ni previene reconsultas⁴. Por este motivo, podría utilizarse como adyuvante para alivio sintomático inmediato, sin retrasar el tratamiento médico.

Corticoides en el tratamiento.

Los corticoides son el pilar del tratamiento farmacológico, la evidencia respalda su utilidad incluso en cuadros leves. Una actualización de Cochrane Database realiza una revisión de 45 ensayos aleatorizados con 5888 pacientes, la cual expone una mejoría clínica desde las primeras horas, menos reconsultas, hospitalizaciones y

menor duración de hospitalización en aquellos pacientes con uso de corticoides⁵. La dexametasona es el fármaco más utilizado y recomendado en la práctica clínica, pudiendo administrarse por vía oral y vía intramuscular sin distinción en su efecto⁵; por lo que se prefiere la vía oral cuando sea posible y el paciente lo tolere, quedando la vía intramuscular para cuando no exista alternativa, como intolerancia a la vía oral.

La prednisolona o prednisona ha demostrado ser de eficacia similar a la dexametasona en el control de síntomas a las 2 y 6 horas, aunque la dexametasona se asocia a una menor tasa de reconsultas o necesidad de dosis adicionales^{5,6}.

Se ha cuestionado la dosis adecuada de dexametasona como tratamiento; las guías de práctica clínica, como la CPS, mantienen 0,6 mg/kg como dosis oral de referencia³. Sin embargo, las comparaciones entre dosis de 0,15 y 0,6 mg/kg muestran resultados similares a las 2, 6 y 12 horas de su administración en resultados como reconsultas, ingresos hospitalarios, necesidad de tratamientos adicionales, entre otros; aunque se plantea que la dosis de 0,6 mg/kg podría lograr mayor reducción de severidad a las 24 horas⁵. Por ello, 0,15 mg/kg puede considerarse una alternativa, pero la evidencia aún no permite reemplazar la dosis estándar, especialmente en cuadros severos.

Adrenalina nebulizada

La adrenalina nebulizada está indicada cuando existe cuadro moderado a severo, particularmente ante estridor en reposo y evidencia de dificultad respiratoria con aumento del trabajo ventilatorio. Produce mejoría en 10 a 30 minutos luego de administrada, pero su efecto desaparece aproximadamente a las 2 horas, por lo que siempre debe acompañarse de corticoides y de una reevaluación³. La CPS respalda una observación de 2 a 4 horas después de su administración y reevaluación para decidir el alta según la recurrencia de los síntomas³.

Manejo ambulatorio y criterios de derivación

Decidir si el manejo puede ser ambulatorio o requiere terapia más intensiva recae en la clínica. El manejo ambulatorio es adecuado cuando el paciente está estable, sin estridor en reposo, retracciones ausentes o leves, estado conservado, tolerancia a líquidos y sin hipoxemia; además, si fue requerido el uso de adrenalina, al no ocurrir recurrencia tras el periodo de observación³. Además, debe considerarse el acceso a la atención de urgencias que tenga la familia y las capacidades de los cuidadores para seguir instrucciones y reconocer signos de alarma. El algoritmo propuesto por la CPS permite el alta sin observación prolongada en croup leve tras la administración de corticoide; en cuadros moderados se propone observar la respuesta y, según la evolución, considerar el alta o la derivación si la mejoría es mínima o nula después de 4 horas³.

Se debe considerar la derivación en pacientes que presenten estridor persistente, uso de musculatura accesorio, compromiso del estado de conciencia, hipoxemia, mala técnica ventilatoria o respuesta deficiente al tratamiento. Los cuadros severos o con falla respiratoria deben ser derivados para un manejo avanzado a la brevedad³.

Los episodios recurrentes, con evolución fuera de lo común, persistentemente severos o fuera del rango etario habitual justifican una derivación para estudio de la vía aérea por otorrinolaringología u otra especialidad, según la sospecha³.

Conclusión

El croup es una patología de vía respiratoria en la que se debe pensar ante una consulta por estridor en población pediátrica. Su manejo consiste en el manejo no farmacológico, como el confort del paciente, así como en el tratamiento farmacológico. La dexametasona en dosis única de 0,6 mg/kg sigue siendo la referencia, aunque el uso de dosis inferiores ha demostrado ser eficaz. La prednisolona es una alternativa válida en el tratamiento del croup considerando la evidencia actual; no se recomienda combinar corticoides en la práctica clínica. En el contexto de Atención Primaria, son fundamentales el juicio clínico, la reevaluación y las condiciones de observación del paciente, siendo estos los factores que determinan si es segura el alta o derivación de los pacientes.



Bibliografía

1. Shlomovich M, Hyatt S, Cassel-Choudhury G. Croup and Epiglottitis. *Pediatr Rev.* 2025; 46(7): p. 366-372.
2. Teoh Z, Toepfer A, Rohlf C, Harrison C, Klein E, Schlaudecker E, et al. Viral Detection in Children <5 Years with Bronchiolitis, Pneumonia, and Croup, New Vaccine Surveillance Network, 2017-2023. *Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society.* 2025; 14(11): p. 1-9.
3. Ortiz-Alvarez O. Acute management of croup in the emergency department. *Canadian Paediatric Society.* 2026 Enero.
4. Siebert JN, Salomon C, Taddeo I, Gervais A, Combescure C, Lacroix L. Outdoor Cold Air Versus Room Temperature Exposure for Croup Symptoms: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics.* 2023; 152(3). doi:10.1542/peds.2023-061365.
5. Aregbesola A, Tam CM, Kothari A, Le ML, Ragheb M, Klassen TP. Glucocorticoids for croup in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2023; Issue 1(Art. No.: CD001955). doi: 10.1002/14651858.CD001955.pub5.
6. Jiang W, Hall M, Berry JG. Comparative Effectiveness of Dexamethasone Versus Prednisone in Children Hospitalized With Acute Croup. *HOSPITAL PEDIATRICS.* 2022; 12(10). doi:10.1542/hpeds.2022-006567.