

Crup: del caso leve a la vía aérea crítica, con dosis

Basada en la práctica de la Sociedad Canadiense de Pediatría (CPS, actualizada en enero de 2026), el consenso del Northern California Pediatric Hospital Medicine Consortium (UCSF, marzo 2026), la guía de Alberta y su tema clínico provincial, la guía de terapia intensiva pediátrica de Calgary (2023), TREKK (2026), RCH Melbourne (2024), la revisión Cochrane de glucocorticoides (2023) y la evidencia de 2023–2026.

Versión 1.0 · Revisado el 26 de octubre de 2026 · Equipo editorial de Medicina en Resumen · Cifras verificadas contra las fuentes originales o PubMed

15 → 7 %

reconsultas con una sola dosis de dexametasona en crup leve (720 niños)

0.15–0.6 mg/kg

rango de dexametasona con respaldo; sin diferencias importantes en crup leve a moderado

1 en 4,500

niños con crup intubados en Alberta (1 de cada 170 hospitalizados)

LO QUE TIENES QUE SABER

- El diagnóstico es **clínico**: no pidas radiografía, laboratorios ni pruebas virales de rutina.
- **Dexametasona a todos**, incluso al crup leve: dosis única, de preferencia oral. No la repitas de rutina.
- **Adrenalina nebulizada** solo con estridor en reposo y dificultad respiratoria: 5 mL de 1 mg/mL (5 mg), sin importar el peso.
- **Alta**: al menos 2 horas desde la última adrenalina, sin estridor en reposo ni dificultad importante, tolerando líquidos y sin oxígeno.
- La **hipoxemia** es rara y es señal de alarma. El **crup recurrente** obliga a buscar una causa.

1 Qué es y a quién aplica

- **Laringotraqueítis o laringotraqueobronquitis viral**: inflamación y edema subglótico; "crup" es el nombre clínico. El virus más frecuente es el parainfluenza; también VSR, influenza, SARS-CoV-2, otros virus y *Mycoplasma*.
- **Edad típica**: 6 meses a 6 años (UCSF); más frecuente a finales del otoño e inicio del invierno. Incidencia anual de 6 % en menores de 6 años en Alberta.
- **Clínica**: tos perruna, estridor inspiratorio, disfonía, con o sin pródromo catarral y fiebre. Empeora de noche y fluctúa con la agitación.
- **Curso**: casi siempre cede en 48–72 horas; una minoría sigue con síntomas hasta 5–6 días.
- **Gravedad**: en Alberta, más de 60 % son leves y alrededor de 4 % se hospitaliza. Según CPS 2026, la intubación ocurre en 0.4–1.4 % de los hospitalizados y la muerte en 0.5 % de los intubados; menos de 5 % tiene más de un episodio.
- **Crup espasmódico**: inicio súbito nocturno sin pródromo viral, tiende a recurrir; no hay evidencia de que cambie el manejo.

1 Qué es y a quién aplica**2** Gravedad**3** Diagnóstico y diagnóstico diferencial**4** Corticoide y medidas generales**5** Adrenalina, oxígeno y lo que no sirve**6** Algoritmo práctico**7** Alta, ingreso y terapia intensiva**8** Crup recurrente**9** Errores frecuentes**10** Preguntas tipo examen · Referencias

2 Gravedad: clasifica antes de tratar

GRAVEDAD	HALLAZGOS (ALBERTA)	QUÉ HACER
Leve	Tos perruna ocasional; sin estridor en reposo (puede aparecer al llorar); tiraje nulo o leve	Dexametasona oral y alta con indicaciones
Moderado	Tos frecuente; estridor audible en reposo ; tiraje supraesternal y esternal en reposo; poca agitación	Dexametasona; adrenalina si hay dificultad respiratoria; observar
Grave	Estridor inspiratorio prominente, a veces también espiratorio; tiraje esternal marcado; angustia y agitación importantes	Adrenalina + dexametasona; vigilancia estrecha; valorar ingreso
Falla respiratoria inminente	Letargo o menor nivel de conciencia; estridor y tiraje que pueden disminuir por agotamiento; aspecto grisáceo sin oxígeno	Terapia intensiva y el experto en vía aérea de inmediato

UN ESTRIDOR QUE BAJA NO SIEMPRE ES MEJORÍA

Si el estridor y el tiraje disminuyen mientras el niño se ve más cansado, pálido o somnoliento, piensa en agotamiento. RCH Melbourne lo resume: un estridor suave con un cuadro que empeora puede anunciar obstrucción completa.

La escala de Westley es la herramienta cuantitativa más usada en estudios (por ejemplo, crup leve = 2 puntos o menos en el ensayo de dexametasona en crup leve); UCSF la recomienda para clasificar, pero la clasificación clínica de arriba basta para decidir.

3 Diagnóstico y diagnóstico diferencial

- **Laboratorios y pruebas virales:** no de rutina. Gasometría solo si sospechas falla respiratoria (UCSF).
- **Radiografía:** no de rutina. Considérala si la presentación es atípica; el "signo del campanario" sugiere crup. Si la pides, el niño debe ir vigilado por alguien capaz de manejar la vía aérea, y no si sospechas epiglotitis o traqueítis.
- **Oximetría:** en moderado y grave; no es esencial en el leve (Alberta). La oximetría continua no es de rutina (UCSF).

PIENSA EN OTRA COSA SI (UCSF)

Menos de 6 meses o más de 6 años · estridor >4 días o tos >10 días · intubación reciente o prolongada · segundo episodio en 30 días o >3 en 12 meses · aspecto tóxico · babeo, disfagia, ansiedad intensa · exploración asimétrica · hemangiomas cutáneos · hipoxemia · mala respuesta al tratamiento.

DIAGNÓSTICO	PISTAS
Traqueítis bacteriana	La alternativa más frecuente: empeoramiento súbito tras un crup leve-moderado, fiebre alta, aspecto tóxico, mala respuesta a la adrenalina , secreciones espesas.
Epiglotitis	Inicio súbito, fiebre alta, sin tos perruna , disfagia, babeo, sentado hacia adelante en posición de olfateo; no lo agites ni manipules el cuello.
Cuerpo extraño	Historia de atragantamiento; a veces alojado en esófago alto.
Absceso retrofaringeo o periamigdalino	Fiebre alta, dolor de cuello, odinofagia y disfagia, luego torticollis, babeo y estridor (CPS 2026).
Anafilaxia o angioedema	Exposición a alérgeno, urticaria; se han publicado casos tratados como crup grave que respondieron a adrenalina IM.
Lesión fija de vía aérea	Estenosis subglótica, hemangioma, malacia: sospecha en recurrencias y menores de 1 año.

4 Corticoide y medidas generales

Dexametasona a todos los niños con crup, sin importar la gravedad, en dosis única y de preferencia oral (menos traumática; igual de eficaz que la IM o IV). La mejoría empieza 2–3 horas después de la dosis oral y dura 24–48 horas (CPS 2026). En el crup leve, una dosis de 0.6 mg/kg bajó las reconsultas a 7 días de **15.3 a 7.3 %**, con resolución más rápida y menos sueño perdido (720 niños).

DOSIS	QUÉ DICE LA EVIDENCIA	DOSIS MÁXIMA POR GUÍA	MG
0.6 mg/kg	Dosis clásica y la más estudiada. CPS 2026, UCSF 2026 y AFP 2026 la mantienen como estándar; CPS cita un metaanálisis que sugiere más beneficio de la dosis alta en crup grave.	Alberta Health Services	10
0.15 mg/kg	Cochrane 2023: sin diferencias en reconsultas o reingresos (RR 0.91, IC 0.71–1.17; 3 ECA, 949 niños; certeza alta) ni en estancia. 0.6 fue mejor solo en la escala a 24 horas (1 ECA, 72 niños). RCH la usa en leve y moderado; para CPS 2026 no está claro que 0.15–0.3 mg/kg sean igual de eficaces.	TREKK 2026 · AFP 2026 · RCH 2024	12
		RCH en grave o amenaza vital	0.6 mg/kg, máx. 12
		Texas Children's (2026)	0.3 mg/kg
Matiz 2026	Metaanálisis con análisis secuencial (5 ECA, 1,058 niños): sin diferencias en ingreso, reconsulta ni adrenalina extra, pero la evidencia aún no tiene potencia suficiente y no se extrapola al crup grave . Una cohorte de 14,205 niños asoció 0.15 mg/kg a más hospitalización (solo 172 la recibieron).	No hay consenso en la dosis máxima; usa la de tu institución.	

- **No repitas la dosis de rutina** (UCSF). En hospitalizados no graves, más de una dosis se asoció a **55 % más estancia** sin menos recurrencias ni reingresos (486 niños, observacional). En casos graves o atípicos, valóralo con el intensivista o el otorrinolaringólogo.
- **Budesonida nebulizada 2 mg**: si no tolera la vía oral o hay dificultad grave; puede mezclarse con la adrenalina. No suma beneficio a la dexametasona oral. Ante vómitos persistentes, la dexametasona IM también es opción.
- **Prednisolona 1 mg/kg**: sin diferencia en la escala a 2 horas frente a dexametasona (1 ECA, 1,231 niños; certeza alta), pero la dexametasona probablemente casi reduce a la mitad las reconsultas o reingresos (RR 0.55, IC 0.28–1.11; certeza moderada). UCSF no la recomienda; RCH y AFP la aceptan.
- **Precaución**: inmunodeficiencia conocida o exposición reciente a varicela (contraindicaciones relativas, Alberta).

Medidas generales, en todas las gravedades

AIRE FRÍO: LO QUE SÍ PODRÍA AYUDAR

En un ensayo de 118 niños, 30 minutos de aire frío exterior (<10 °C) después de la dexametasona redujeron la escala de Westley en ≥ 2 puntos en **49.2 % vs 23.7 %** (diferencia 25.4 puntos; IC 7.0–43.9), sobre todo en el moderado. Es un ensayo abierto de un solo centro; no sustituye al corticoide ni a la adrenalina. Alberta recomienda explicarlo a los padres para casa.

Mantén al niño en brazos de su cuidador y evita procedimientos dolorosos: la agitación empeora la obstrucción. El crup asociado a SARS-CoV-2 se ha asociado a más gravedad e ingreso, pero no cambia el tratamiento de primera línea.

5 Adrenalina, oxígeno y lo que no sirve

ADRENALINA NEBULIZADA

Cuándo	Estridor en reposo con dificultad respiratoria. No la uses solo por el estridor al llorar.
Dosis	1 mg/mL · 5 mL nebulizados = 5 mg , sin importar el peso (Alberta, Calgary). AHS permite 2.5 mL o 0.5 mg/kg en menores de 5 kg. Racémica 2.25 %: 0.5 mL (igual de eficaz).
Efecto	Mejora a los 10–30 minutos; el efecto dura al menos 1 hora y desaparece hacia las 2 horas (CPS 2026). Los síntomas pueden regresar, sin rebote demostrado peor que el cuadro inicial.
Observación	Al menos 2 horas desde la última dosis (UCSF, AHS, TREKK); CPS y Alberta 2–4 h; RCH 3 h. Más si es de noche, vive lejos o ya regresó.
Seguridad	Repetir cada 1–2 h solo como puente hacia la vía aérea definitiva: se han reportado taquicardia ventricular e infarto tras dosis múltiples.

HIPOXEMIA: SEÑAL DE ALARMA

Es poco frecuente. Una saturación <92 % en aire ambiente puede indicar obstrucción grave o falla respiratoria inminente (AHS), y también obliga a reconsiderar el diagnóstico (UCSF). Da oxígeno "a chorro" (blow-by), sin forzar la mascarilla en un niño agitado.

NO HAGAS

Vapor, humidificación o tienda de niebla

Antibióticos, antitusivos, descongestionantes, β_2

Sedación

Heliox de rutina

POR QUÉ

Sin beneficio en escala, ingreso ni tratamiento adicional; agita al niño.

Es viral; sin beneficio demostrado (Alberta, UCSF).

Contraindicada fuera de la intubación (Alberta).

Evidencia insuficiente (Cochrane, 3 ECA, 91 niños); solo puente en terapia intensiva.

6 Algoritmo práctico



7 Alta, ingreso y terapia intensiva

ALTA DE URGENCIAS	INGRESO A PISO (UCSF, AHS)
Síntomas leves o mejores que al llegar	Moderado persistente o estridor en reposo pese a dexametasona y adrenalina (AHS: ≥ 4 h tras el tratamiento)
Sin estridor en reposo ni dificultad respiratoria importante	
Habla y come sin dificultad; tolera líquidos	Hidratación inadecuada, necesidad de oxígeno, presentación atípica
>2 h desde la última adrenalina; sin oxígeno; recibió dexametasona	
Padres instruidos sobre cuándo regresar; contacto en 1–2 días si hay dudas de acceso	Considerar con 3 adrenalinas en 24 h (UCSF) o >2 tras el corticoide (AHS); menores de 3 meses; varias visitas en 24 h; lejanía

TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA (CALGARY, AHS)

Consulta si persiste el estridor con trabajo respiratorio en reposo tras una adrenalina, si necesita **más de una adrenalina en 1 hora** (AHS: o ≥ 2 en 2 horas) o **oxígeno para mantener >92 %**. **Agotamiento, letargo o alteración de la conciencia: escala de inmediato**, sin esperar a cumplir un número de nebulizaciones.

- **Intubación:** el operador más experto; tubo **0.5–1 número menor** de lo calculado para la edad (con globo si hay); si sospechas cuerpo extraño, mantén la respiración espontánea.
- **Después de intubar:** continuar el corticoide (dexametasona 0.6 mg/kg al día o 0.15 mg/kg cada 6 h, Calgary). Extubación razonable a las 48–72 h aunque no haya fuga, si recibió corticoide.

8 Crup recurrente: un síntoma, no un diagnóstico

Definición: 3 o más episodios en la vida, o 2 o más en una temporada (UCSF); la más aceptada en la revisión de Quraishi es 2 o más por año. Incidencia estimada de crup recurrente viral: 5 %. El manejo agudo es el mismo; lo que cambia es que **obliga a buscar una causa:** anatomía de la vía aérea, hiperreactividad (asma o alergia), reflujo o esofagitis eosinofílica.

ESTUDIO	HALLAZGOS
Metaanálisis (11 estudios, 885 niños)	Hallazgos de importancia clínica en la broncoscopia en 8.7 % : estenosis subglótica, cambios por reflujo y malacia. Mayor riesgo con intubación previa (OR 5.17), consulta durante hospitalización (OR 4.01), <3 años (OR 3.22), prematuridad (OR 2.90), <1 año (OR 2.86).
Serie egipcia (92 niños)	Alguna anomalía en 86 %, sobre todo mucosa hiperémica (40 %); hendidura laríngea 11 %, estenosis subglótica 7 %, compresión vascular 9 %.
Endoscopia coordinada (25 niños)	48 % con anomalías vistas por al menos 2 especialistas; la prematuridad se asoció a estenosis subglótica.
Cohorte de pronóstico (69 niños)	40.6 % volvió a tener crup en 6 meses. Predictores: alergia familiar (OR 7.50) y número de episodios previos.
Cohorte coreana (10,879 con crup)	2 o más episodios se asociaron a asma posterior (HR 1.41, IC 1.27–1.56); un solo episodio, no.

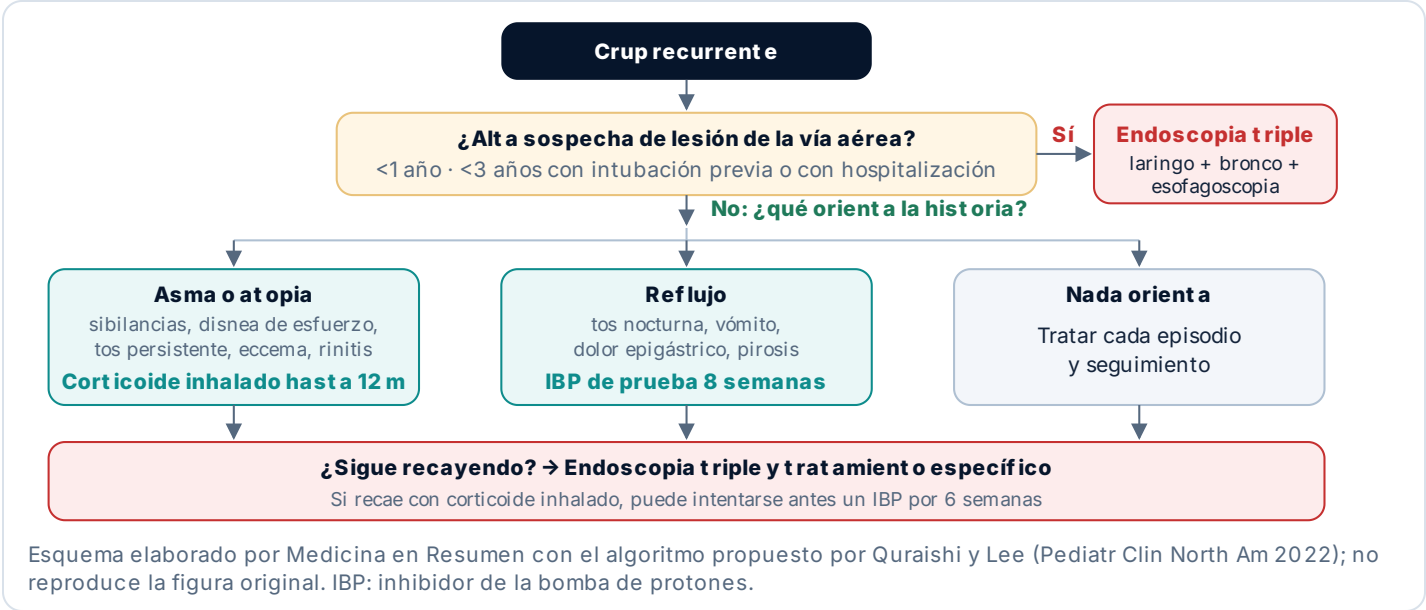
A QUIÉN REFERIR PARA ENDOSCOPIA

Menor de 1 año, antecedente de intubación o prematuridad, episodios graves que requieren hospitalización, síntomas entre episodios o mala respuesta. Lo ideal es una valoración multidisciplinaria (otorrinolaringología, neumología y gastroenterología). CPS 2026 recomienda referir a otorrinolaringología a quien tiene múltiples episodios o está fuera de la edad típica; una evaluación temprana se asoció a menos visitas a urgencias.

PREVENCIÓN: CORTICOIDE INHALADO INTERMITENTE

En 124 niños con crup recurrente sin lesión fija, iniciar un corticoide inhalado al primer síntoma viral se asoció a menos episodios y menor gravedad en 86.7 % de los tratados con seguimiento (59 de 68). Es retrospectivo y sin grupo control: considéralo caso por caso. Sin sospecha de lesión fija, Quraishi sugiere también tratar el asma o el reflujo.

Abordaje paso a paso del crup recurrente



CIFRAS PARA ORIENTAR (QURAISHI 2022)

Reflujo	Acompaña hasta a 50 %. Tratarlo mejoró gravedad y frecuencia en 76–90 % en series pequeñas; la relación causal no está demostrada.
Esofagitis eosinofílica	6–27 % en series de crup recurrente o atípico: revisar el esófago en la endoscopia; si se confirma, alergología y gastroenterología.
Estenosis subglótica	El hallazgo más común (30.6 %), casi siempre leve; solo 5–10 % de los niños con lesión requiere cirugía.
Rendimiento	Con abordaje multidisciplinario, la endoscopia triple encuentra una causa en hasta 70 %; en ~30 % no hay causa.

CUIDADO CON LOS CICLOS REPETIDOS DE ESTEROIDE

Aun los ciclos cortos tienen toxicidad que se acumula. Si el niño necesita **2 o más ciclos de esteroide sistémico al año**, considera corticoide inhalado preventivo (criterio extrapolado de asma) por al menos 12 meses para juzgar si funciona. En episodios agudos repetidos sin causa clara, Quraishi propone budesonida nebulizada a dosis alta como alternativa más segura. El crup espasmódico y el viral no difieren en los hallazgos de la endoscopia.

9 Errores frecuentes

ERROR	CORRECCIÓN
No dar corticoide al crup leve.	La dexametasona baja las reconsultas aun en el leve (15.3 → 7.3 %).
Pedir radiografía para "confirmar".	El diagnóstico es clínico; la radiografía es para presentaciones atípicas y con vigilancia.
Repetir la dexametasona cada día en el hospitalizado no grave.	No mejora reingresos y se asoció a más estancia.
Dar de alta en cuanto mejora con la adrenalina.	Espera al menos 2 h desde la última dosis y verifica los criterios.
Calcular la adrenalina por kilo.	5 mL de 1 mg/mL sin importar el peso (salvo <5 kg, a criterio).
Interpretar un estridor más suave como mejoría.	Con letargo o menor esfuerzo, es agotamiento: terapia intensiva.
Atribuir la hipoxemia "al crup".	Es señal de obstrucción grave o de otro diagnóstico.
Nebulizar con vapor o poner tienda de niebla.	No sirve y agita al niño.
Tratar cada recurrencia sin buscar causa.	Desde 3 episodios (o 2 en una temporada), busca anatomía, atopia o reflujo.
Encadenar ciclos de esteroide sistémico en el crup recurrente.	Con 2 o más ciclos al año, considera corticoide inhalado preventivo y estudio de la causa.

10 Preguntas tipo examen

1. Niño de 2 años con tos perruna, estridor solo al llorar y sin tiraje. ¿Qué indicas?

A) Solo vigilancia · B) Dexametasona oral dosis única · C) Adrenalina nebulizada

B. Todos los niños con crup reciben dexametasona; en el leve redujo las reconsultas de 15.3 a 7.3 %. La adrenalina se reserva para estridor en reposo con dificultad.

2. Según Cochrane 2023, ¿qué diferencia hubo entre 0.15 y 0.6 mg/kg de dexametasona en reconsultas o reingresos?

A) 0.6 los redujo a la mitad · B) Poca o ninguna (RR 0.91; certeza alta) · C) 0.15 los aumentó

B. Sin diferencias importantes en reconsultas, reingresos ni estancia; 0.6 solo fue mejor en la escala a 24 h en un ensayo pequeño. No se extrapola al crup grave.

3. Niña de 15 kg con estridor en reposo y tiraje esternal. ¿Qué dosis de adrenalina nebulizada usas?

A) 0.5 mL/kg de 1 mg/mL · B) 5 mL de 1 mg/mL (5 mg) · C) 1 mL de 1 mg/mL

B. Dosis fija de 5 mL sin importar el peso.

4. Tras una adrenalina, el niño mejora a los 20 minutos. ¿Cuándo puedes darlo de alta?

A) Ya · B) A los 30 min si está tranquilo · C) Tras ≥2 h desde la última dosis, sin estridor en reposo, tolerando líquidos y sin oxígeno

C. El efecto desaparece hacia las 2 h y los síntomas pueden regresar.

5. Niño con crup grave que, tras 3 adrenalinas, tiene estridor más suave, menos tiraje y está somnoliento. ¿Qué significa?

A) Mejoría · B) Efecto de la dexametasona · C) Agotamiento y falla respiratoria inminente

C. Menos esfuerzo con letargo es agotamiento: terapia intensiva y experto en vía aérea de inmediato.

6. Niño de 3 años con crup "que no responde": fiebre de 39.8 °C, aspecto tóxico, secreciones espesas y nula respuesta a la adrenalina. Diagnóstico más probable:

A) Crup espasmódico · B) Traqueítis bacteriana · C) Crup por SARS-CoV-2

B. Es la alternativa más frecuente: fiebre alta, aspecto tóxico y mala respuesta a la adrenalina.

7. En crup recurrente, ¿cuál factor se asoció con más fuerza a hallazgos importantes en la broncoscopia?

A) Antecedente de reflujo · B) Antecedente de intubación · C) Asma o alergias

B. OR 5.17. El reflujo y el asma fueron frecuentes, pero no se asociaron a hallazgos significativos.

8. Al intubar a un niño con crup, ¿qué tubo preparas?

A) El calculado para la edad · B) 0.5–1 número menor · C) Uno mayor para facilitar la aspiración

B. El edema subglótico obliga a un tubo más pequeño; ten listo otro aún menor.

Referencias

1. Ortiz-Alvarez O; Canadian Paediatric Society, Acute Care Committee. Acute management of croup in the emergency department. Practice point; actualizado ene 2026.
2. Northern California Pediatric Hospital Medicine Consortium (UCSF). Consensus guidelines for management of croup. Actualizado mar 2026.
3. Alberta Medical Association. Guideline for the diagnosis and management of croup. Toward Optimized Practice; 2008.
4. Alberta Health Services. Croup, pediatric: emergency and inpatient. Provincial Clinical Knowledge Topic V1.0; 2018.
5. Parsons S. Croup guideline. Alberta Children's Hospital PICU, Calgary; actualizado dic 2023.
6. TREKK. Bottom line recommendations: croup. v5.0; mar 2026.
7. The Royal Children's Hospital Melbourne. Clinical practice guideline: croup (laryngotracheobronchitis). Actualizado sep 2024.
8. Aregbesola A, et al. Glucocorticoids for croup in children. Cochrane Database Syst Rev. 2023;1:CD001955. doi:10.1002/14651858.CD001955.pub5
9. Bjornson CL, et al. A randomized trial of a single dose of oral dexamethasone for mild croup. N Engl J Med. 2004;351:1306-13. doi:10.1056/NEJMoa033534
10. Bjornson C, et al. Nebulized epinephrine for croup in children. Cochrane Database Syst Rev. 2013;10:CD006619. doi:10.1002/14651858.CD006619.pub3
11. Wei Y, et al. Nebulized epinephrine for croup in children: an updated systematic review. Front Pediatr. 2026;14:1886410. doi:10.3389/fped.2026.1886410
12. Khalid A, et al. Low-dose (0.15 mg/kg) versus high-dose (0.6 mg/kg) dexamethasone for pediatric croup: meta-analysis with trial sequential analysis. Front Pediatr. 2026;14:1925971. doi:10.3389/fped.2026.1925971
13. Aregbesola A, et al. Single dose of dexamethasone at 0.6 versus 0.15 mg/kg for croup: multicenter retrospective chart review. Pediatr Emerg Care. 2026. doi:10.1097/PEC.0000000000003738
14. Swartz, et al. Evaluation of repeat steroid dosing in children admitted with croup. Hosp Pediatr. 2026. doi:10.1542/hpeds.2026-009388
15. Cooke, et al. Croup: rapid evidence review. Am Fam Physician. 2026;113:254-258.
16. Siebert JN, et al. Outdoor cold air versus room temperature exposure for croup symptoms: a randomized controlled trial. Pediatrics. 2023;152:e2023061365. doi:10.1542/peds.2023-061365
17. Moraa I, et al. Heliox for croup in children. Cochrane Database Syst Rev. 2021;8:CD006822. doi:10.1002/14651858.CD006822.pub6
18. Quraishi H, Lee DJ. Recurrent croup. Pediatr Clin North Am. 2022;69:319-328. doi:10.1016/j.pcl.2021.12.004
19. Hiebert JC, et al. Bronchoscopy findings in recurrent croup: a systematic review and meta-analysis. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2016;90:86-90.
20. Fasseeh O, et al. Flexible bronchoscopic findings in children with recurrent croup: a retrospective study. Egypt J Bronchd. 2025;19:135. doi:10.1186/s43168-025-00477-0
21. Chen X, et al. Aerodigestive approach in evaluating pediatric patients with recurrent croup. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2025;134:349-355. doi:10.1177/00034894241312100
22. Yaşar A, et al. Predictors of prognosis in children under six years of age with recurrent croup: a retrospective cohort study. BMC Pediatr. 2026;26:557. doi:10.1186/s12887-026-06894-4
23. Sowa LE, et al. Prophylactic inhaled corticosteroids for the management of recurrent croup. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2023;170:111600. doi:10.1016/j.ijporl.2023.111600
24. Kim, et al. Croup in infancy and subsequent asthma development. J Asthma. 2026;63:893-901. doi:10.1080/02770903.2026.2633360
25. Allen, et al. Predictors of recurrent croup: social determinants of health and otolaryngology evaluation. Otolaryngol Head Neck Surg. 2026. doi:10.1002/ohn.70424
26. Putta Nagarajan, et al. Anaphylaxis mimicking severe croup in pediatric patients: a case series. Cureus. 2026;18:e104431. doi:10.7759/cureus.104431

SOBRE ESTA GUÍA EN RESUMEN

Material educativo para profesionales de la salud y estudiantes de posgrado, elaborado con apoyo de inteligencia artificial y verificado contra las fuentes citadas. Integra varias guías que no siempre coinciden (dosis máxima de dexametasona, tiempo de observación, umbrales de ingreso); cuando difieren, se indica la fuente. No sustituye los protocolos de tu institución ni el juicio clínico. El algoritmo es elaboración propia; no reproduce figuras originales.

Fuentes completas, videos y otras guías en resumen: medicinaenresumen.com · @medicina.en.resumen