

Tema 8: Límites en atención primaria: Derivación oportuna

Los límites de Atención Primaria en patología de vía aérea pediátrica se marcan por la capacidad de estabilizar al niño, identificar signos de gravedad y derivar sin demora a urgencias u ORL/neumología cuando exista riesgo de fracaso respiratorio o sospecha de patología estructural relevante. La derivación oportuna se basa en algoritmos ABCDE/TEP (triángulo de evaluación pediátrica) y en criterios de alarma bien definidos para estridor, dificultad respiratoria y síntomas crónicos o recurrentes de vía aérea.

Qué debe hacer Atención Primaria

- Valorar siempre con TEP y ABCDE, priorizando **vía** aérea y respiración, sin pasar al siguiente paso hasta resolver problemas de los anteriores.
- Realizar estabilización inicial: oxígeno, ventilación con bolsa-mascarilla si precisa, acceso venoso o intraóseo en caso de inestabilidad y tratamiento etiológico inicial (adrenalina nebulizada, corticoides en crup, broncodilatadores).
- Registrar en un informe estructurado la valoración, tratamientos aplicados y evolución, que acompañará al niño en el traslado.

Señales de alarma que obligan a derivación urgente

- Estridor en reposo, tiraje moderado o grave, hipoventilación, $\text{SatO}_2 \leq 94\%$, alteración del nivel de conciencia o agitación marcada, independientemente de la causa (laringitis, crup, epiglotitis, anafilaxia, cuerpo extraño).
- Inicio brusco de estridor o dificultad respiratoria tras atragantamiento, sibilancias o hipofonesis unilaterales o asimetría clara en la auscultación.
- Apneas, fallo de medro, mala tolerancia a la alimentación o signos de agotamiento respiratorio (quejido, cianosis, uso de musculatura accesoria mantenido).

Cuándo derivar a urgencias hospitalarias

- Todo niño con dificultad respiratoria moderada o grave tras la estabilización inicial, o que requiera oxígeno, nebulizaciones repetidas o ventilación con bolsa-mascarilla para mantener la saturación y el estado general.
- Cualquier sospecha de cuerpo extraño inhalado, incluso con radiografía normal, o estridor agudo asociado a anafilaxia o posible epiglotitis.
- Laringitis/crup con estridor en reposo, mala respuesta a adrenalina nebulizada, edad de riesgo (lactantes pequeños) o importante repercusión general.

Cuándo derivar a consultas especializadas (ORL / neumología)

- Estridor crónico o recurrente (>4–6 semanas), episodios repetidos de crup o laringitis subglótica, o síntomas persistentes pese a tratamiento correcto.

- Sospecha de laringomalacia u otra patología estructural (estridor congénito, disfonía persistente, signos de alarma como apneas o fallo de medro) para valoración endoscópica y seguimiento especializado.[pap+1](#)
- Dificultad respiratoria o sibilancias recurrentes no explicadas, unilaterales o refractarias, que obliguen a descartar malacia, compresiones o anomalías de vía aérea central mediante broncoscopia y pruebas de imagen.

Límites prácticos de Atención Primaria

- No debe realizar intubación salvo situación de parada inminente y personal muy entrenado; la técnica estándar en este nivel es ventilación bolsa-mascarilla y estabilización básica.
- No dispone habitualmente de endoscopia, pruebas de imagen avanzadas ni soporte respiratorio avanzado, por lo que su papel es identificar precozmente, iniciar tratamiento inicial y decidir con rapidez la derivación adecuada.
- Debe conocer guías de derivación a ORL/neumología y aplicar criterios de alarma, aceptando los límites de exploración y de intervención en consulta para evitar retrasos diagnósticos en patología de vía aérea pediátrica.