GUÍA DE DERIVACIÓN A CIRUGÍA PEDIÁTRICA DESDE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

GUÍA DE DERIVACIÓN A CIRUGÍA PEDIÁTRICA DESDE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Barrientos MG. (1). Bretón A. (2), Belda MT. (3)
1 HUNSC. 2 AP Área Norte. 3 AP Área Sur

INTRODUCCIÓN

Esta guía pretende facilitar la comunicación entre pediatría de atención primaria y cirugía pediátrica para que nuestros pacientes reciban una atención más rápida segura y eficiente.

Hemos tratado de consensuar este documento entre el mayor número de especialistas sin olvidar que hay temas de gran controversia en nuestra especialidad y somos conscientes que en el futuro habrá modificaciones pues en todo los campos de la medicina la evidencia científica y los incesantes avances tecnológicos cambian nuestra práctica clínica.

En España hay estudios que han mostrado que hasta un 40% de las derivaciones a cirugía pediátrica no están indicadas, bien por la patología que no precisa tratamiento por un cirujano pediátrico o el niño no se ha derivado en el momento adecuado; se producen así saturación de las consultas, aumentando el tiempo de espera para ser evaluado el niño; provocando ansiedad en las familias y un gasto en desplazamientos y tiempos tanto para ellas como en el sistema de salud público.

Por todo ello esta guía trata de orientar a los pediatras en aquellas patologías del ámbito de la cirugía pediátrica más habituales de una manera práctica y concisa.

Lesiones cutáneas y subcutáneas

	DERIVACIÓN	OBSERVACIONES
NEVUS	Tras ser evaluado por dermatología si precisa extirpación biopsia	
HEMANGIOMAS	Si crecimiento expansivo y/o afecta a zonas alto valor cosmético o funcional, distribución segmentaria, los ulcerados y + 3 cm	CONSULTAR ANEXO 1
MALFORMACIONES VASCULARES	Al diagnóstico	
MASAS Y QUISTES SUBCUTÁNEAS	Al diagnóstico	
ADENOPATÍAS	Tras su estudio remitir a oncopediatría	
UÑA INCARNADA	Si no mejora con tratamiento o infecciones de repetición	

Lesiones cabeza y cuello

	DERIVACIÓN	OBSERVACIONES
QUISTE COLA DE CEJA	Al diagnóstico	Con el tiempo producen erosión de la tabla externa del hueso
FÍSTULAS Y RESTOS PREAURICULARES Y CERVICALES	Al diagnóstico	Es mejor intervenirlas precozmente para evitar la infección
Frenillo labio superior	Tras erupción de incisivos definitivos a peticiGón del odontólogo	No hay indicación de seccionarlo con la dentadura decidual
FRENILLO LINGUAL	Antes de los 3-4 meses o si supera esa edad cuando hay defecto logopédico	En los primeros meses es una estructura apenas vascularizada necesitando anestesia tras ese momento
RÁNULA	Al diagnóstico	
QUISTE TIROGLOSO	Al diagnóstico	
FISURA LABIOPALATINA	Al diagnóstico	
OREJAS ALADAS	A partir de los5 años	

Patologías torácicas

	DERIVACIÓN	OBSERVACIONES
PECTUS EXCAVATUM	A partir 5 años	
PECTUS CARINATUM	A partir 5 años	
GINECOMASTIA	Referir a partir de 11 años tras evaluación por endocrinología pediátrica si afectación psicológica	

Patología pared abdominal e inguinoescrotal

	DERIVACIÓN	OBSERVACIONES
HERNIA EPIGÁSTRICA	Al diagnóstico	
HERNIA UMBILICAL	A partir 4 años	Derivar antes las sintomáticas o con gran anillo y protrusión
GRANULOMA UMBILICAL EN RECIÉN NACIDO	Si no mejora tras aplicar nitrato de plata	Ver anexo 2
HERNIA INGUINAL	Al diagnóstico	
HIDROCELE	A partir del año	Derivar antes si es gigante o a tensión

	DERIVACIÓN	OBSERVACIONES
TESTICULO EN ASCENSOR	No precisa derviación	Teste que sube y baja a escroto sin tensión. Variante normalidad
TESTÍCULO CRIPTORQUÍDICO	A partir 3 meses	
TESTÍCULO EN RESORTE	A partir de los 2 años	El teste baja con manipulación tenso al escroto pero asciende inmediatamente
VARICOCELE	Al diagnóstico	
ESCROTO AGUDO	Inmediata a Sªurgencias hospitalarias	Es imperativo descartar torsión testicular

Patología uroginecológica

	DERIVACIÓN	OBSERVACIONES
ADHERENCIAS b-prepuciales y quistes de esmegma	No precisan	Ceden solas en la pubertad
FIMOSIS	A partir 4-6 años en pacientes asintomáticos	CONSULTAR ANEXO 3
PARAFIMOSIS	Remitir a Sª urgencias hospitalarias si no se logra su reducción	Tras su reducción remitir a consultas externas
FRENILLO PENEANO	A partir 12 años si molestias	
HIPOSPADIAS y EPISPADIAS	Al diagnóstico	
HIPERTROFIA LABIOS MENORES	A partir 11 años si ocasiona molestias al vestir o movimientos	
SINEQUIAS LABIOS MENORES	Derivar las completas que no cedan tras ciclo de estrógenos tópicos y masaje 2 semanas o las niñas con ITU`s	Suelen ser recurrentes y mejorar en la pubertad.

Patología anorectal

	DERIVACIÓN	OBSERVACIONES
FISURA ANAL	Derivar a gastroenterología pediátrica si refractaria a tto médico	
FÍSTULA ANAL Y ABSCESO PERIANAL DE REPETICIÓN	Al diagnóstico	Los abscesos fluctuantes deben ser remitidos a urgencias hospitalarias para su drenaje
ESTREÑIMIENTO	Derivación primerio si reune criterios a gastroenterología pediátrica	

ANEXO 1

Los hemangiomas infantiles son tumores benignos producidos por la proliferación de células endoteliales y son los más frecuentes de la infancia, suelen pasar por tres fases, la de proliferación, estabilidad y fase involutiva. Se estima que un 12 % de los angiomas necesitan tratamiento.. Los hemangiomas segmentarios en cualquier localización de la cara y zona lumbosacra, todos los superiores a 5 cm en cualquier localización, los faciales en apex nasal, glabela, philtrum,, mejilla, los que deforman el labio, areola mamaria y todos los ulcerados deben ser remitidosde forma preferente a cirugía pediátrica por el posible compromiso estético, riesgo funcional y la posible asociación con otras malformaciones asociadas

ANEXO 2

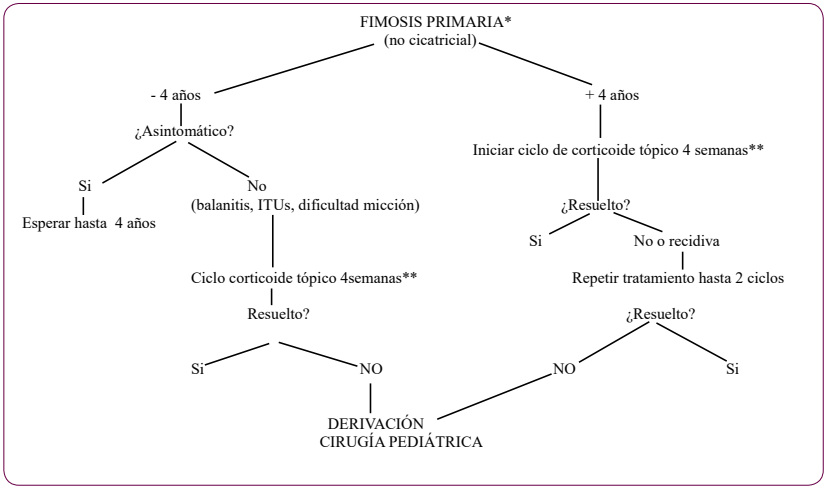
El granuloma umbilical es un tejido rosado o grisáceo que se visualiza tras la caida del cordón, su secreción es escasa y clara sin signos de inflamación o secreción purulenta como en las onfalitis. Remitir a consulta de cirugía pediátrica si no mejora tras aplicación de nitrato de Ag en dos ocasiones espaciadas de 4-5 días(proteger la piel periumbilical con vaselina y humeder la barrita de nitrato de Ag con agua, puede tintarse la piel de forma transitoria).

ANEXO 3

La patología prepucial constituye una de las entidades que con más frecuencia se deriva a la consulta de cirugía pediátrica. Las retracciones prepuciales no deben realizarse ante de los tres años de edad, lo ideal de realizarlas de forma progresiva y sin forzar. Son muchos los niños que acuden a consulta con fimosis cicatriciales tras realizar de forma temprana dichas retracciones, algunas veces en el ámbito médico. Los corticoides tópicos se han demostrado efectivos y seguros en el tratamiento de la fimosis primaria; consideramos que la fimosis cicatricial y la balanitis xerótica obliterante son indicaciones de cirugía.

En cuanto a las adherencias balanoprepuciales no ameritan tratamiento se

resuelven solas y su liberación forzada sólo causa dolor, rechazo del niño a realizarse una higiene prepucial y en un buen número de casos la reaparición de la adherencia. En el surco balanoprepucial de muchos niños con adherencias pueden verse unas lesiones perladas blanquecinas que constituyen los quistes de esmegma.



*La fimosis secundaria es aquella que ocurre tras aparecer cicatriz no retráctil en el prepucio, por lo general tras retracciones forzadas o por balanitis xerótica obliterante o balanitis de repetición y son criterio de derivación a cirugía pediátrica.

**Valerato de betametasona al 0,05% o Clobetasol al 0,05%. Aplicación tópica / 12 horas durante 4 semanas. La primera semana aplicar sólo en prepucio sin retracción y luego realizar retracciones suaves sin forzar. Una vez que el glande sea visible también se aplicará sobre él. Una vez lograda la retracción completa del prepucio se indicará a los padres el realizar estas maniobras con la higiene genital diaria durante toda la vida. Si se precisa repetir el ciclo esperar cuatro semana.

BIBLIOGRAFÍA

1. J.García Sicilia. Coordinación entre atención primaria y especializada: Experiencia de 13 años. Bol SPAO 2008;2(1)
2. D.A Aspiazu, A. Soares, S.Roldán, R. Cabello, J.C ¿Cuándo derivar a un paciente al cirujano pediátrico? Cir Pediatr 2012;25:171-181.
3. Contreras Balada N, Gibert Agulló A, Linares Muñoz JM, Sauvalle Soler M. Análisis de las derviaciones a la Atención Especializada desde la consulta de atención primaria.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2015; 17: e13-e20.

4. Guía de derivación a cirugía infantil. Coordinación entre niveles de atención sanitaria de pediatría del área de salud de Gran canaria. Guía/CPAP/0002/00/2010.
5. E. M De Diego García, A.R. Tardáguila CalvoCirugía programada. Calendario quirúrgico Pediatr Integral 2014;XVIII(10):760-766.
6. I. Cano Novillo, C.tordable Ojeda. Calendario quirúrgico en pediatría. An Pediatr Cont.2013;11(6):312-324.
7. Calendario quirúrgico infantil. SECP.2012. ww.secipe.es
8. Baselga Torre, Bernabeú Wittel, Van Esso Arbolave et al. Consenso español sobre el hemangioma infantil. An Pediatr (Barc).2016;85(5):256-265.
9. Tekgul, Riedmiller. H,Geharz. E. Guía clínica sobre urología pediátrica. European Association of Urology 2010.
10. Protocolo de derivación a cirugía pediátrica. Coordinación entre atención primaria y hospitalaria en la provincia de Córdoba. Hospital Universitario Reina Sofía. Noviembre 2014.
11. Fisterra Guía clínica de Fimosis.