



CALENDARIO QUIRURGICO

Cabeza y Cuello

PROCESO	EDAD DE INTERVENCION	COMENTARIOS
Frenillo lingual	Neonatal	
	> 12 meses (habitualmente esperar a los 5 años)	Con anestesia (esperar a valorar pronunciación de la "R")
Frenillo labial	Una vez erupcionados los definitivos	Anestesia general
Mucocele Ránula	Diagnóstico Diagnóstico	La mayoría de mucoceles tienden a la resolución espontánea. Se aconseja conducta expectante. Exéresis si persistencia o según tamaño
Orejas en asa	> 6 años (8 - 10 años)	Con aceptación del niño (y recomendable valorar repercusión psicológica)
Apéndices preauriculares*	A cualquier edad	Recomendación a partir d 1 año de edad (anestesia general)
Fístulas preauriculares*	1 año (si drenaje, con sospecha de quiste o complicación)	Mejores resultados si se operan antes de que se infecten
Sinus preauriculares Fístulas y quistes braquiales*	>3 años, si no hay clínica	Mejores resultados si se operan antes de que se infecten
Quiste de cola de ceja (Quiste Epidermoide)	Recomendable >1 año	
Quiste del conducto tirogloso	Diagnóstico	Para evitar sobreinfección y fistulización.
Fisura labial	3 - 6 meses	Variable según tipo de fisura y técnica empleada
Fisura palatina	9 - 18 meses	

* ECO renal no de rutina (solo en sospecha de proceso sindrómico)

Tronco

PROCESO	EDAD DE INTERVENCION	COMENTARIOS
Pectus excavatum y carinatum	Se recomienda >12 años	Valorar tratamiento ortopédico a cualquier edad
Politelia	> 10 años sí se valora anestesia local.	Si son mínimas se pueden dejar. En niñas con tejido mamario o areola ,intervención.
Hernia epigástrica	>3 años	No se resuelven espontáneamente
Hernia umbilical	Umbilical > 3 años	La mayoría se resuelve espontáneamente
Ombiligo Dermoides	Granulomas	Diagnóstico
	Quistes	Diagnóstico (>3 años)
	Restos	Diagnóstico (>3 años)
Uraco		Tratamiento antes según el tamaño o la sintomatología (onfalomesentérico, uraco permeable, quistes...)
Diástasis de rectos	No requiere cirugía	



Génito-urinario

PROCESO	EDAD DE INTERVENCIÓN	COMENTARIOS
Fimosis	>5 años. Inicialmente, tratamiento con pomada de corticosteroides.	Al diagnóstico en : Balanitis xerótica obliterante, parafimosis, uropatías obstructivas, infecciones de repetición...
Frenillo prepucial corto	Sólo si tiene sintomatología.	Preferiblemente anestesia local, a partir de la edad de colaboración.
Hipospadias	12 – 24 meses	Depende del tipo y técnica quirúrgica
Hidrocele congénito	> 3 años	Criterios quirúrgicos: - Comunicación peritoneovaginal permeable > 3 años - Hidrocele no comunicante a tensión, con dolor
Quiste cordón/Quiste de Nuck	> 3 años. Igual que el hidrocele.	Los mismos criterios
Hidrocele adquirido	Diagnóstico	
Hernia inguinal	Diagnóstico	Mas riesgo de incarceration cuanto mas pequeño es el niño.
Criptorquidia	A partir de 1 año	
Varicocele	Véase comentarios	Siempre que haya disminución del volumen testicular. Si sólo es un grado alto, es dudoso el beneficio.
Quiste del epididimo	Resolución espontánea,	Solo tratar si dolor o aumento de tamaño.
Sinequias vulvares Himen imperforado	Diagnóstico	Sinequias vulvares: se puede hacer en la consulta con anestesia tópica en función de la edad y colaboración de la niña. Si no, en quirófano con anestesia general .

Extremidades

PROCESOS	EDAD DE INTERVENCIÓN	COMENTARIOS
Uña incarnata	Diagnóstico,	Si fracasa tratamiento conservador. Suelen ser adolescentes. No indicado en neonatos y lactantes. Valorar con anestesia local
Dedo en resorte	Diagnóstico	
Polidactilia	Pediculadas: Neonatal	Anestesia local
	No pediculadas a partir del año de edad	Anestesia general
Sindactilia	2 años 1 año en la mano	Antes, si afectan a la pinza del pulgar

Varios

PROCESOS	EDAD DE INTERVENCIÓN	COMENTARIOS
Pilomatrixoma	Al diagnóstico	Valorar anestesia local, y preferiblemente >3 años.
Quistes dermoides	Al diagnóstico	Valorar anestesia local, y preferiblemente >3 años.
Hiperhidrosis palmar	Edad escolar	Si fracasa tratamiento conservador. En la adolescencia



Cuando el pediatra se plantea derivar un paciente a Cirugía Pediátrica se hace tres preguntas ¿Cómo? ¿Cuándo? y ¿Dónde?. Para ello vamos a proporcionar una guía práctica para el uso diario del pediatra. En ella recogeremos como derivar a la consulta adecuada (facultativo especialista adecuado), derivar de la forma adecuada, urgencia o programado y derivar en el momento adecuado. De la buena coordinación de estos dos niveles asistenciales dependerá una atención de calidad al paciente. Tras ello, el paciente volverá a su pediatra, quien le prestará atención. Para conseguir un engranaje perfecto es necesario homogeneizar los criterios y la edad de derivación del pediatra de AP o AH a los servicios de cirugía pediátrica de nuestra zona de salud y dar respuesta a la demanda de consenso existente entre estos dos grupos de profesionales. La derivación realizada al especialista, en el momento adecuado y de la forma adecuada, será el objetivo del inicio de una asistencia correcta por parte del pediatra. La aceptación de éste de las atenciones postoperatorias, en la proximidad del paciente, evitando desplazamientos y molestias innecesarias, será el final de una asistencia como hemos dicho, de calidad

Es importante saber:

- Patologías más frecuente derivables
- Formas de derivación
- Momento más adecuado para derivar, CALENDARIO QUIRURGICO
- Aspectos más elementales de las técnicas quirúrgicas utilizadas y cuidados postoperatorios

Contamos con tres herramientas:

1. LA CARTERA DE SERVICIOS
2. EL CALENDARIO QUIRÚRGICO

MODO DE DERIVACION

Con frecuencia, los pediatras y los médicos de cabecera nos preguntan qué patología asumimos en nuestro servicio ya que el desconocimiento de nuestra cartera de servicio hace que se deriven a especialistas de adultos, vulnerando el



derecho del niño de ser intervenido por un cirujano pediátrico. La cartera de servicio está recogida en la presentación en PDF que acompaña en este módulo.

Para facilitar la derivación nuestro servicio tiene definida las diferentes unidades que lo componen con el nombre de los profesionales. Estas unidades están distribuidas en agendas y todas ellas están abiertas a AP. Todos los facultativos independientemente de las patologías más específicas que tratan, intervienen pacientes de cirugía general pediátrica. Las agendas están disponibles en la presentación.

Otra de las pregunta es ¿Cómo derivo al paciente? ¿por urgencias?, programado? ¿tardarán mucho en darle cita?, no hay que olvidarse que las derivaciones correctas

- Mejora de atención de los niños
- Agilización de la lista de espera
- La derivación urgente no está justificada para evitar la lista de espera
- Calidad para el paciente

Según la urgencia del tratamiento nos encontramos:

- Patología quirúrgica urgente: requieren actuación quirúrgica sin demora. Está patología no podemos incluirla en el calendario quirúrgico y puede ocurrir en cualquier momento y edad.

- Patología quirúrgica diferida: se refiere a patologías que precisan una actuación inmediata, pero demorable por la necesidad de un estudio diagnóstico preoperatorio o por la situación clínica del paciente.

- Patología quirúrgica electiva: la mayoría de las patologías quirúrgicas en el niño se pueden incluir aquí y son las que contempla el calendario quirúrgico.

Pero siempre que exista dudas en la forma de derivación lo mejor es contactar con el cirujano pediátrico.

En el 50% de las derivaciones a consultas externas no hay indicación de cirugía, siendo determinadas patologías las más frecuentes, entre ellas destacan:



-La fimosis. En el 50% de las fimosis enviadas no está indicada la cirugía por varios motivos:

Por no tener la edad adecuada para la intervención

Por no tratarse de una fimosis, es frecuente el envío de peticiones de consulta por parafimosis en lugar de fimosis, cuando una parafimosis es una de las urgencias pediátricas.

Ser adherencias balanoprepuciales y quistes de esmegma que se corrige espontáneamente.

-En segundo lugar las criptorquídias, también en el 50% de los pacientes enviados en el momento de la exploración presentan los testículos en bolsa o son testículos en ascensor.

-La tercera es el hidrocele y la hernia umbilical que suelen evolucionar espontáneamente.

-Algo similar ocurre con las adenopatías, son enviadas con mucha frecuencia directamente a cirugía sin realizar estudios previos y sin ver la evolución, lo que hace que se sometan a intervenciones quirúrgicas innecesarias.

Y como no el dolor abdominal, aproximadamente uno de cada 8 pacientes que se envían por apendicitis aguda no lo son y lo único que hacemos es dejarlo en observación un tiempo. Si en los hospitales comarcales se observaran durante más tiempo a estos pacientes se ahorrarían derivaciones innecesarias con el consiguiente gasto y trastorno para el paciente y la familia.

El calendario quirúrgico infantil trata de recomendar la edad ideal para resolver cada proceso quirúrgico en la edad pediátrica. Ya están lejos aquellos tópicos que se usaban cuando se hacía referencia a procesos quirúrgicos, como por ejemplo: “ El niño es muy pequeño, no resistiría la operación”. “Esto hay que dejarlo hasta que el niño tenga 7 años, no resistiría la anestesia”. El calendario quirúrgico es útil por dos motivos:



1. Orientación correcta del enfermo, evitando caer en la “mal praxis”, como sería dejar una criptorquidia sin operar hasta la pubertad, en lugar de indicar su intervención antes de los tres años.

2. El pediatra, que goza de la confianza de los padres, debe estar lo suficientemente informado para elegir la mejor opción terapéutica, sea ésta expectante o quirúrgica, en el momento apropiado.

Tratamos de aconsejar lo que nosotros consideramos como edad ideal para resolver cada uno de los procesos quirúrgicos, bien entendido que no pretendemos ser dogmáticos puros, hay que tener en cuenta que lo que proponemos es una opción ideal consensuada con muchos servicios y con la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica, pero puede haber variaciones dependiendo de las características y circunstancias de cada paciente. Por otra parte, debido a los esfuerzos investigadores en todo el mundo, las pautas de conducta aconsejadas frente a algunos de estos problemas, se modifican con cierta frecuencia. Es el caso de las últimas recomendaciones de la FDA sobre el momento ideal de intervenir a un niño en relación al momento ideal para administrar anestesia general.

Cuando hablamos de calendario quirúrgico en pediatría nos referimos a una guía dirigida a los pediatras, principalmente de atención primaria, pero también al resto de especialistas pediátricos, para tratar de coordinar el manejo de la patología quirúrgica electiva en el niño.

A la hora de plantear la edad óptima para la intervención debemos tener en cuenta que existen una serie de factores que orientarán hacia un tratamiento más precoz y otros que aconsejen un aplazamiento, esto se debe a la particularidad del niño como paciente quirúrgico. Algunos de estos factores a tener en cuenta son:

- Complicaciones en la evolución de la enfermedad
- Aspectos técnicos de la intervención
- Posible regresión de la enfermedad
- Riesgos derivados de la propia intervención

Pero, aunque hay una edad optima esta puede variar en función de factores que motiven su aplazamiento o su adelanto



FACTORES INDICADORES DEL APLAZAMIENTO DE LA INTERVENCIÓN

1. Posible regresión o curación espontánea

El conocimiento de la regresión espontánea de ciertos procesos, como es lógico, nos obliga a posponer la intervención para esperar esta posible curación. Es el caso de la hernia umbilical y el hidrocele, que a menudo desaparecen con el tiempo.

2. Mayor riesgo de la intervención en una edad determinada

Esto cada día tiene menos importancia, hoy día pueden ser realizadas grandes intervenciones a cualquier edad, con escaso riesgo. Así podemos citar a Potts: “¿Hay alguna razón para decir que no debemos operar ahora?” El recién nacido es notablemente resistente, siempre y cuando se conozca su fisiología y sea tratado en un centro especializado. No obstante, en el periodo neonatal el riesgo es mayor, por lo cual las intervenciones que no comprometan la vida del enfermo deben ser aplazadas.

3. Aspectos técnicos de la operación. Las intervenciones complejas siempre pueden demorarse hasta edades posteriores, por razones puramente técnicas.

4. Los efectos nocivos que sobre el crecimiento de ciertos tejidos puede tener la agresión operatoria Es el caso de los cartílagos nasales, orejas o paladar óseo en la fisura labio palatina.

5. La cooperación y la comprensión que el niño adquiere con la edad

La quietud necesaria y los ejercicios voluntarios de colaboración, pueden ser beneficiosos para diferir la intervención hasta alcanzar el grado de cooperación necesario. Tal es el caso de ciertas actuaciones sobre la pared torácica

6. Malformaciones asociadas coexistentes, pacientes pluripatológicos

Serán valoradas cuidadosamente para realizar las más urgentes y diferir las que no lo sean. El tratamiento del niño con problemas complejos, enfermedades crónicas, discapacidades, malformaciones asociadas, etc, precisan un manejo multidisciplinar y por tanto, la cirugía se programará una vez coordinados los distintos especialistas implicados.



FACTORES QUE VAN A FAVOR DE UN TRATAMIENTO PRECOZ

1. Riesgo de la enfermedad en sí para el paciente. Este riesgo puede ser más o menos grave, según los casos. En ciertas patologías donde la vida o la función de algún órgano corre peligro, es aconsejable la intervención temprana.

2. La repercusión en el desarrollo estatura-ponderal si no se realiza un tratamiento precoz. El propio riesgo que implica la patología para el paciente y su repercusión en el desarrollo

3. La mayor capacidad de adaptación y curación en los niños pequeños Tal es el caso de la consolidación de las fracturas y su siguiente amoldamiento sin deformidad.

4. La maleabilidad de los tejidos infantiles La elasticidad, flexibilidad y maleabilidad de los tejidos en el paciente pediátrico que en determinados casos puede favorecer su corrección temprana.

La patología quirúrgica en pediatría podemos clasificarla en función de la necesidad de tratamiento urgente o no. Siempre que sea posible, la cirugía se debe realizar de forma programada y en la edad óptima de la misma que dependerá de distintos factores.

5. La prevención de efectos psicológicos indeseables. A partir de los seis meses de vida, el niño comienza a tener percepción de los ambientes y personas extrañas y la separación de los padres. Por ello, ciertas intervenciones, siempre que sea posible, se deberán realizar antes de los seis meses de vida, con el fin de minimizar la experiencia traumática de la cirugía.

6. La situación psicológica de los padres. La angustia de los padres por el proceso que su hijo padece conlleva en algunos casos la derivación precipitada de algunos pacientes. De ahí, la importancia de disponer de unas pautas y de una buena información adaptada a la comprensión de los padres.

No es necesario recordar a los pediatras y cirujanos pediátricos la conveniencia de considerar al niño integrado en la unidad familiar.

Una vez valorados todos los factores antes dichos y aconsejada la indicación de la intervención y la cronología de ésta, hay otros dos aspectos que según nuestra



experiencia son planteados por los padres y que debemos aclarar, como son: el trauma de la hospitalización y el miedo a la anestesia.

EL TRAUMA DE LA HOSPITALIZACIÓN La hospitalización y eventual cirugía son momentos importantes en la vida de un niño, del modo como se lleven a cabo dependerá que causen un trauma o una experiencia satisfactoria.

Para ello, nada mejor que seguir los consejos del Parlamento Europeo, que en 1987 redactó una serie de recomendaciones para todos y cada uno de los participantes en la “hospitalización del niño”, desde los responsables del hospital hasta los padres del niño, pasando por todo el personal sanitario. Recogen veintitrés principios, que pueden resumirse

1. *Evitar la hospitalización* siempre que se pueda, y en caso necesario, que sea lo más breve posible.
2. El niño *debe estar acompañado* por los padres o familiares el mayor tiempo posible.
3. El niño tiene derecho a recibir “*una información adaptada a su edad, desarrollo mental, a sus estados afectivo y psicológico*”. Este derecho se extiende también a sus padres.
4. La hospitalización debe realizarse en condiciones de *estancias adecuadas*: facilidades arquitectónicas para la presencia de los padres, mobiliario y decoración adecuados, espacios reservados para el ocio, la escolarización, etc.

A pesar de que España se ha comprometido a respetar estos derechos y su implantación se consigue en la mayoría de los Servicios de Cirugía Pediátrica de nuestro país, hay ciertos aspectos que debemos tener en cuenta a la hora de recomendar una edad determinada. A partir de los 6 meses de vida aproximadamente, el niño comienza a tener vivencias de ambientes extraños. La hospitalización de los niños de 2 a 4 años, con vistas a intervenciones electivas, pueden acarrearle una experiencia traumática, por el contrario, el niño de más de 4 años puede entender mejor el sentido y la finalidad de la hospitalización. Por ello, mientras no se considere imprescindible, hay que evitar la



hospitalización entre los 6 meses y el cuarto año de vida, si no es necesario, siendo muy importante en estos pacientes la CMA.

EL MIEDO A LA ANESTESIA

Antes de cualquier acto quirúrgico en el niño, en un tanto por ciento muy elevado de casos, es probable que los padres nos formulen preguntas como: ¿cuál es el riesgo de la anestesia?, ¿no sería posible aplazar la intervención hasta que el niño sea mayor?, ¿no se puede hacer con anestesia local? Actualmente la FDA hizo una recomendación sobre la edad de intervención de los niños. En cuanto a la elección de anestesia general o local, esta última irá en función de la madurez psicológica del niño, ya que aparte de la insensibilidad al dolor del enfermo, el cirujano precisa de la inmovilidad para desarrollar su trabajo con meticulosidad.

En resumen, lo que hemos pretendido es discutir y unificar criterios, pues, aunque no se trata de que éstos sean rígidos, al menos sean orientativos para el pediatra en su quehacer diario, pues por ejemplo, en el caso de las criptorquidias, aunque sigue habiendo debate, al menos todo el mundo está de acuerdo en que hay que resolverlo a una edad temprana, y no esperar hasta la pubertad. Hemos tratado de exponer el calendario de las operaciones electivas más frecuentes en cirugía pediátrica aunque quizá se echen en falta ciertas patologías, pero al ser éstas menos comunes, el tratamiento va a depender de factores individuales y de las circunstancias que la rodean. Por último, recomendar una vez más, la íntima relación entre pediatras y cirujanos, para resolver los problemas que aquí no se hayan tratado y por el bien del niño, que al fin y al cabo, es el beneficiario de los buenos resultados.