

# ¿Cuándo derivar un paciente al cirujano pediátrico?

D.A. Aspiazu, A. Soares, S. Roldán, R. Cabello, A. Gracia, J.C. de Agustín

Hospital Universitario Virgen Del Rocío – Hospital Infantil. Sevilla.

## RESUMEN

**Introducción.** Las derivaciones incorrectas de los pacientes a consulta de cirugía pediátrica tienen como resultado una saturación de estas y malestar en el paciente y personal sanitario, provocando un deterioro en la calidad de atención.

**Objetivos.** 1) Evaluar las derivaciones de pacientes nuevos a consulta de cirugía pediátrica (CCP) desde atención primaria, considerando indicación médica (IM) y calendario quirúrgico (CQ) e identificar los fallos más comunes. 2) Analizar los inconvenientes de una derivación incorrecta tanto para el paciente como para el personal sanitario. 3) Proponer medidas para disminuir los pacientes incorrectamente derivados.

**Material y Método.** Realizamos un estudio observacional retrospectivo de cohortes, revisando historias clínicas de pacientes nuevos atendidos en CCP desde septiembre de 2010 a enero de 2012. Se recogieron variables de edad, domicilio, diagnóstico, indicación médica y centro de derivación.

**Resultados.** Se revisaron 2.430 historias clínicas de pacientes nuevos, encontrándose una derivación incorrecta en un 44,28% (2,37 niños/día). De estos pacientes, el 18,59% de los errores se relacionaban con CQ y el 81,41% con IM. Los errores más comunes relacionados con la IM fueron: fimosis (91,45% n= 113) y criptorquidia (85,29% n= 122); en relación al CQ fueron: hernia umbilical (88,46% n= 21), hipospadias (72,22% n= 31) e hidrocele (70,83% n=12). La media de kilómetros recorridos por los pacientes incorrectamente derivados fuera del área metropolitana fue de 35,92 km/trayecto (Rango: 7,1-129).

**Conclusiones.** Hemos detectado errores en la derivación de pacientes desde la atención primaria. El conocimiento del CQ y una IM correcta evitarían tales situaciones. Estos errores conllevan una disminución de la calidad en la atención, incomodidad del usuario y saturación en las consultas externas. Es necesario tomar medidas para mejorar el conocimiento del CQ y la indicación de cirugía en atención primaria.

**PALABRAS CLAVE:** Calendario quirúrgico infantil; Cirugía pediátrica; Error diagnóstico.

## WHEN SHOULD A PATIENT BE REFERRED TO THE PEDIATRIC SURGEON?

### ABSTRACT

**Introduction.** An incorrect transfer of patients to paediatric surgery clinic results in clinic saturation and both patient and medical staff discomfort. As a consequence the quality of medical care is deteriorated.

**Aim.** 1) To evaluate the transfer of new patients to paediatric surgery clinic from primary paediatric care considering the medical diagnosis and the surgical calendar, looking for the most common mistakes. 2) To analyze the inconvenience of a wrong indication for both our patients and the medical staff. 3) To propose new measures to decrease the rate of patients incorrectly transferred.

**Material and Method.** An observational retrospective study was performed based on medical records of new patients evaluated in paediatric surgery clinic between september 2010 and january 2012. Age, address, diagnosis, transfer indication and referring centre were collected.

**Results.** Two thousand four hundred thirty medical records were reviewed from new patients finding an incorrect transfer in 44.28% of them (2.37 children/day). From these cases wrong transfer was related to surgical calendar in 18.59% and wrong diagnosis in 81.41% of them. Most common mistakes due to wrong diagnosis were Phimosi (91.45% n= 113) and Cryptorchidism (85.29% n= 122); mistakes related to surgical calendar were Umbilical Hernia (88.46%), Hypospadias (72.22% n= 31) and Hydrocele (70.83% n= 12). Mean distance of transfer for patients wrongly referred outside the metropolitan area was 35.92 km (Range: 7.1-129).

**Conclusions.** We have detected major mistakes in patient transfer from primary paediatric care. The knowledge of surgical calendar and accurate diagnosis should avoid these problems. These mistakes result in deterioration of medical care quality, patient discomfort and clinic saturation. It is necessary to propose and develop measures that improve the knowledge of surgical calendar and to make more accurate surgical diagnosis in primary paediatric care.

**KEY WORDS:** Paediatric surgical calendar; Paediatric surgery; Misdiagnosis.

**Correspondencia:** Dr. Diego Alonso Aspiazu Salinas. C/ Manuel Siurot s/n, Hospital Infantil. 1ª planta. 41013 Sevilla.  
E-mail: draspiazu@yahoo.com

Presentado en el 51 Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica, 18 de Mayo de 2012. Córdoba. España

Recibido: Mayo 2012

Aceptado: Enero 2013

## INTRODUCCIÓN

Día a día se puede observar en los pasillos de los hospitales españoles verdaderas aglomeraciones de pacientes esperando ser atendidos en consultas médicas. En la cara de dichos

pacientes se observa la insatisfacción de no ser atendidos en los horarios indicados en sus fechas de citas, debido a lo apretado de la agenda de dichas consultas, donde se llegan a ver un promedio de 20 a 30 pacientes en 4 horas de consulta. La consulta de cirugía pediátrica no escapa a esta situación.

La actual etapa de crisis económica conlleva una sobrecarga de trabajo en el personal sanitario, que hace que esta situación sea intolerable tanto para el paciente como para el equipo médico, ya que la escasez de medios tanto humanos como físicos no permite brindar una calidad de atención adecuada.

En la consulta de cirugía pediátrica de nuestro centro se están encontrando constantemente pacientes derivados desde centros de atención primaria (médicos de familia, pediatras, otro personal sanitario, etc.) que no precisan actuación en el momento de la derivación por el cirujano pediátrico, debido a errores con respecto al calendario quirúrgico (edad idónea para realización del acto quirúrgico según patología)<sup>(1)</sup> o a una indicación médica inadecuada (error diagnóstico o no necesidad de intervención quirúrgica)<sup>(1)</sup>.

Este tipo de derivaciones incorrectas devienen en una serie de problemas tanto administrativos, médicos y sociales, tales como: saturación de las consultas externas de cirugía pediátrica, aumento del tiempo de espera por parte de los pacientes para recibir la cita en consulta externa, ansiedad familiar (la simple idea de intervención quirúrgica en un niño la suele provocar) y desorientación en los familiares de los pacientes (al no intervenir el niño, como se lo habían planteado en atención primaria) lo cual produce desconfianza en el personal sanitario<sup>(1-3)</sup>.

Todas estas consecuencias producen disminución en la calidad de atención ya que se abusan de los recursos humanos, físicos y económicos sin precisarlo. Es conocido que esta es una situación omnipresente, ya que se produce en todos los centros donde se practica la cirugía pediátrica<sup>(1,2,4)</sup>.

Las causas principales que se han detectado para que este tipo de situaciones se presenten son:

- La falta de conocimiento del calendario quirúrgico, en el cual está protocolizado cuándo debe ser intervenida cada patología en la infancia y que debe ser una herramienta de uso diario por el pediatra de atención primaria<sup>(1,2)</sup>.
- La indicación médica incorrecta producto de un error diagnóstico<sup>(1,5,6)</sup>.
- La información no actualizada<sup>(1,2,4)</sup>.
- La falta de estudio de las patologías que lo precisan previo a la cirugía<sup>(1-5)</sup>.
- La creencia de que existe una solución quirúrgica para patologías que no lo precisan<sup>(2-4)</sup>.
- La ansiedad e inseguridad por parte de atención primaria debido al miedo a la demanda o las reclamaciones.
- Por último, la presión familiar fundamentada en creencias populares<sup>(1-3)</sup>.

Por tales antecedentes, decidimos realizar un estudio para analizar dónde se podría encontrar el problema para poder plantear una solución a este.

**Tabla I. Calendario quirúrgico infantil.**

	<i>Calendario</i>
Hernia inguinal	Al diagnóstico
Fimosis	> 3 años
	Obstrucción urinaria
Criptorquidia	1-2 años de vida
Hernia umbilical	> 4 años
	Síntomas
Hernia epigástrica	> 5 años
	Síntomas
Hipospadias	A partir de 18 meses
	Estenosis meato
Anquiloglosia	Al diagnóstico
Dolor abdominal	No aplica
Sinus pilonidal	> 4 años
Malformaciones vasculares	No aplica
Tumoraciones	Quiste de cola de ceja < 1 año
Quiste de conducto tirogloso	Al diagnóstico
Sinequias	Al diagnóstico
Hidrocele	1-2 años de vida

Los objetivos de este estudio son:

- 1) Evaluar las derivaciones de los pacientes nuevos a consulta de cirugía pediátrica (CCP) desde atención primaria, considerando indicación médica (IM) y calendario quirúrgico (CQ).
- 2) Identificar los fallos más comunes.
- 3) Analizar los inconvenientes de una derivación incorrecta tanto para el paciente como para el personal sanitario.
- 4) Proponer medidas para disminuir los pacientes incorrectamente derivados.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional de cohortes, revisando retrospectivamente las historias clínicas de pacientes nuevos derivados a consulta de cirugía pediátrica en un período comprendido desde septiembre de 2010 hasta enero de 2012.

Se tomaron en cuenta variables de edad, domicilio, diagnóstico de derivación, diagnóstico quirúrgico, indicación médica y centros de derivación.

Se incluyeron en el estudio todos los pacientes nuevos derivados a consulta de cirugía pediátrica; no hubo criterios de exclusión.

Se utilizó como parámetro evaluador el calendario quirúrgico aceptado por la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica y utilizado en nuestro servicio de cirugía pediátrica (Tabla I).

Se realizó una tabla para protocolizar las indicaciones médicas de las diferentes patologías con el fin de decidir cuál era subsidiaria de evaluación y atención por el cirujano pediátrico en la edad adecuada (Tabla II).

**Tabla II. Principales errores diagnósticos en la patología quirúrgica pediátrica.**

	<i>Indicación incorrecta</i>
Hernia inguinal e hidrocele	Error diagnóstico
Fimosis	Adherencias balano-prepuciales Frenillo no incurvante No fimosis Mala técnica de tto. médico
Criptorquidia	Teste en ascensor No criptorquidia
Hernia umbilical	No hernia umbilical Otra patología
Hernia epigástrica	No hernia epigástrica Diastasis de rectos
Hipospadias	No hipospadias
Anquiloglosia	No anquiloglosia No clínica
Dolor abdominal, estreñimiento, adenopatías y reflujo gastroesofágico	No estudiado
Malformaciones vasculares	Error diagnóstico
Tumores	Error diagnóstico
Malformaciones ano-rectales	Fisura Condilomas Rectorragia Diagnóstico tardío

El análisis de los resultados se realizó con tablas de Microsoft Office Excel.

## RESULTADOS

En un período de 17 meses se revisaron las historias de 2.430 pacientes nuevos, repartidos en 454 días de consulta. Se atendió una media de 58,85 niños nuevos por semana (5,35 niños nuevos por consulta).

Se incluyeron pacientes de dentro y fuera del área metropolitana de nuestro servicio con un desplazamiento máximo de 129 kilómetros.

En todos los pacientes nuevos atendidos se observa una derivación incorrecta, tomando en cuenta el CQ y la IM en un 44,28% (n= 1.076), lo cual significa que no debieron ser derivados 26,07 niños nuevos por semana (2,37 niños/consulta). De los pacientes incorrectamente derivados fueron relacionados con IM un 81,41% (n= 876) y con CQ un 18,59% (n= 200). Las patologías en las que se observan mayores porcentajes totales de derivación incorrecta fueron la fimosis, la criptorquidia, la anquiloglosia, la hipospadias y las sinequias (Tabla I).

En las tablas III y IV se pueden observar los porcentajes de derivación incorrecta de acuerdo a CQ e IM en las diferentes patologías.

Con respecto al calendario quirúrgico, las patologías que ocasionan mayor confusión en su derivación son la hernia um-

bilical (88,46%), hipospadias (72,22%) e hidrocele (70,83%) (Tabla IV).

En cuanto a la derivación incorrecta basada en una indicación médica errónea (Tabla V), las patologías mayormente implicadas fueron la fimosis (91,45%), la anquiloglosia (100%), la criptorquidia (85,29%) y las sinequias (100%). Se pueden observar casos de porcentajes muy altos como en el caso de adenopatías (100%) dolor abdominal (72,73%) y estreñimiento (90,91%) esto debido a la falta de estudio previo del paciente antes de ser derivado a cirugía pediátrica.

Los pacientes atendidos en la consulta de cirugía pediátrica que no pertenecían al área metropolitana de nuestro hospital fueron 831. De estos se encontró una derivación incorrecta en 281 (33,81%). Estos pacientes se desplazaban en un rango de 7,1 a 129 kilómetros, perteneciendo algunos de ellos a provincias distintas a la nuestra. El trayecto medio de kilómetros recorridos por los pacientes incorrectamente derivados fue de 35,92 km/trayecto.

## DISCUSIÓN

Con esta revisión se ha comprobado que las derivaciones incorrectas a la consulta de cirugía pediátrica es un problema real, no es aislado ni anecdótico, sino que influye de manera importante en la calidad de atención al paciente y en la utilización de los recursos humanos, sanitarios y económicos<sup>(1-6)</sup>.

La cifra más alarmante obtenida en este estudio es que cerca de la mitad de los pacientes nuevos que acudieron a consulta de cirugía pediátrica (44,28%) no precisaban ser evaluados por el cirujano pediátrico, por lo menos en el momento de la evaluación.

La causa más frecuente de una mala derivación es una incorrecta indicación médica, aunque la falta de conocimiento del calendario quirúrgico también influye en este tipo de fallos. Un adecuado estudio del calendario quirúrgico y una preparación adecuada del personal sanitario de atención primaria puede disminuir el índice de derivaciones incorrectas.

En el análisis global del estudio se han encontrado nuevos problemas que se suman a la saturación, el descontento, la desconfianza y el aumento del tiempo de espera para la derivación; estos son el desplazamiento (con el coste económico que ello implica), la solicitud de permisos laborales por parte de los padres, la pérdida de horas lectivas de los niños y la ansiedad familiar producida por discordancia de los tratamientos planteados. Todos estos problemas ocasionan mayor disminución en la calidad de atención.

Creemos los autores que este es un problema global que no compete exclusivamente a los médicos de atención primaria, sino que estamos incluidos todos los relacionados con la atención del paciente pediátrico (pediatras, médicos de familia, cirujanos, direcciones médicas, pacientes y familiares). Por ello, la solución debe partir y ser desarrollada por todos los implicados.

Los niveles que se pueden identificar como generadores de esta situación son:

**Tabla III. Relación de pacientes nuevos derivados a consulta de Cirugía Pediátrica.**

Patología	Total	Bien derivados		Mal derivados	
		n	%	n	%
<b>Total pacientes</b>	<b>2.430</b>	<b>1.354</b>	<b>55,72</b>	<b>1.076</b>	<b>44,28</b>
Fimosis	444	210	47,30	234	52,70
Criptorquidia	292	88	30,14	204	69,86
Anquiloglosia	388	212	54,64	176	45,36
Hipospadias	122	50	40,98	72	59,02
Sinequias	62	0	0,0	62	100,0
Hernia umbilical	112	60	53,57	52	46,43
Hidrocele	136	88	64,71	48	35,29
Hernia inguinal	270	226	83,70	44	16,30
Estreñimiento	44	4	9,09	40	90,91
Malformaciones ano-rectales	48	20	41,67	28	58,33
Tumoraciones	184	160	86,96	24	13,04
Adenopatías	18	0	0,0	18	100,0
Otros	38	20	52,63	18	47,37
Hernia epigástrica	70	52	74,29	18	25,71
Dolor abdominal	22	6	27,27	16	72,73
Maxilofacial	14	0	0,0	14	100,0
Malformación vascular	46	42	91,30	4	8,70
Mucocele	12	10	83,33	2	16,67
Quiste de conducto tirogloso	44	42	95,45	2	4,55
Sinus pilonidal	20	20	100,0	0	0,0
Reflujo gastroesofágico	16	16	100,0	0	0,0
Fístula 2º arco	12	12	100,0	0	0,0
Ap. preauricular	16	16	100,0	0	0,0

- Nivel facultad: la realización de prácticas clínicas adecuadas durante la carrera no es la idónea y los alumnos no tienen la oportunidad de realizarlas de la manera más provechosa, por lo que los conocimientos prácticos son insuficientes en este período. La carrera de medicina está avocada actualmente a la preparación teórica del examen MIR, por lo que se descuida la práctica clínica.
- Nivel formación MIR: en algunos hospitales, las rotaciones por parte del pediatra o del médico de familia no incluyen la cirugía pediátrica o dichas rotaciones son deficientes: tiempo reducido, mal distribuido o sobresaturado, por lo que no se llegan a captar los conocimientos básicos de cirugía pediátrica.
- Nivel profesional: existe una falta de conocimiento de los protocolos clínicos en la patología quirúrgica pediátrica debido al desconocimiento del calendario quirúrgico y la información errónea o no actualizada en estas patologías. Asimismo, la presión familiar y la inexperiencia producen inseguridad, desgana y temor a la demanda de los pacientes, por lo que se opta por la derivación “profiláctica” tanto a urgencias como a la consulta externa del cirujano pediátrico.
- Nivel familia: la presión familiar, la ansiedad, las creencias populares y la desinformación hace que haya una mayor

demanda por parte de los familiares de “sobreatención”. Los temores y la ansiedad de los padres tienden a alterar la evolución del momento de la operación, ya que quieren que sea corregida cuanto antes la malformación de su hijo y evitar la angustia de que pueda pasar algo irreparable.

Los autores creemos que como cirujanos pediátricos podemos actuar en algunos de los niveles para poder mejorar esta situación; sobre todo en cuanto a formación MIR y nivel profesional.

En nuestro servicio de cirugía pediátrica hemos planteado realizar ciertas actuaciones que creemos que pueden ayudar a disminuir la cantidad de pacientes innecesariamente derivados a consulta; entre ellas están:

- Dedicarnos a la formación de los pediatras durante el período MIR, estructurando adecuadamente las rotaciones en cirugía pediátrica y fomentando el conocimiento del calendario quirúrgico y las indicaciones de cirugía en los pacientes vistos en consulta, poniendo mayor énfasis en la patología que manejarán en el futuro en atención primaria. Asimismo, realizar sesiones formativas dentro del hospital dirigidas a los MIR y adjuntos del hospital.
- Se están realizando encuestas entre los pediatras y médicos de familia de atención primaria, enfocadas al conocimiento del

**Tabla IV. Pacientes incorrectamente derivados en relación al calendario quirúrgico.**

Patología	Total mal derivados	Calendario n	%
<b>Total</b>	<b>1.076</b>	<b>200</b>	<b>18,59</b>
Hernia umbilical	52	46	88,46
Hipospadias	72	52	72,22
Hidrocele	48	34	70,83
Otros	18	10	55,56
Tumoraciones	24	6	25,00
Criptorquidia	204	30	14,71
Fimosis	234	20	8,55
Malformaciones ano-rectales	28	2	7,14
Anquiloglosia	176	0	0,0
Sinequias	62	0	0,0
Hernia inguinal	44	0	0,0
Estreñimiento	40	0	0,0
Hernia epigástrica	18	0	0,0
Adenopatías	18	0	0,0
Dolor abdominal	16	0	0,0
Maxilofacial	14	0	0,0
Malformación vascular	4	0	0,0
Quiste de conducto tirogloso	2	0	0,0
Mucocele	2	0	0,0
Sinus pilonidal	0	0	0,0
Reflujo gastroesofágico	0	0	0,0

calendario quirúrgico y las indicaciones de cirugía, para hallar puntualmente las patologías que más confusión ocasionan y así poder encontrar una mejor solución.

- Estamos realizando sesiones formativas y actualizaciones en las indicaciones quirúrgicas para los médicos de atención primaria, así como puestas al día en los tratamientos quirúrgicos y médicos de las diferentes patologías relacionadas con la cirugía pediátrica.
- Queremos abrir la comunicación entre los diferentes servicios para así fomentar la interacción entre todos y llegar a mejores decisiones para el bien de los pacientes.

Creemos que estas medidas pueden ayudar al problema principal, aumentando el conocimiento y la información para así disminuir la inseguridad, ansiedad y los fallos en las derivaciones.

## CONCLUSIONES

Hemos detectado errores en la derivación de pacientes desde la atención primaria.

Estos errores conllevan una disminución de la calidad en la atención, incomodidad del usuario y saturación en las consultas externas.

**Tabla V. Pacientes incorrectamente derivados en relación con la indicación médica.**

Patología	Total mal derivados	Calendario n	%
<b>Total</b>	<b>1.076</b>	<b>876</b>	<b>81,41</b>
Fimosis	234	214	91,45
Anquiloglosia	176	176	100,0
Criptorquidia	204	174	85,29
Sinequias	62	62	100,0
Hernia inguinal	44	44	100,0
Estreñimiento	40	40	100,0
Malformaciones ano-rectales	28	26	92,86
Hipospadias	72	20	27,78
Hernia epigástrica	18	18	100,0
Adenopatías	18	18	100,0
Tumoraciones	24	18	75,0
Dolor abdominal	16	16	100,0
Maxilofacial	14	14	100,0
Hidrocele	48	14	29,17
Otros	18	8	44,44
Hernia umbilical	52	6	11,54
Malformación vascular	4	4	100,0
Quiste de conducto tirogloso	2	2	100,0
Mucocele	2	2	100,0
Sinus pilonidal	0	0	0,0
Reflujo gastroesofágico	0	0	0,0
Fístula 2º arco	0	0	0,0
Ap. preauricular	0	0	0,0

El conocimiento del CQ y una IM correcta evitarían tales situaciones.

Es necesario tomar medidas para mejorar el conocimiento del CQ y la indicación de cirugía en atención primaria.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Albert Cazalla A. El Pediatra ante la patología pediátrica más frecuente. *An Esp Pediatr.* 1985; 22: 589-95.
2. Tovar JA. Calendario de operaciones electivas comunes en Cirugía Pediátrica. *Rev Esp Pediatr.* 1987; 43: 355-61.
3. Papdorf H. Indications and timing of the most frequent elective pediatric surgery interventions. *Kinderarztl Parx.* 1992; 60: 269-72.
4. Sandoval F. Calendario quirúrgico en Pediatría. *Bol Pediatr.* 2001; 41: 78-82.
5. Cano Novillo I, García Vázquez D, Delgado Muñoz D, López Díaz M. Calendario quirúrgico. *Pediatr Integral.* 2002; 6: 863-72.
6. Pitarch Esteve V, Mogollón Cano-Cortés T, Pando Pinto J, Torres Sánchez- Pallasar C, Torres de Aguirre A, Rodríguez Yuste J A, García Romo E. Mesa redonda: "Patología quirúrgica más frecuente: indicaciones, calendario, cuidados, resultados". *Vox Pediatr.* 2003; 11: 41-53.
7. Calendario Quirúrgico Infantil. SECP. 2012. [www.secipe.es](http://www.secipe.es)