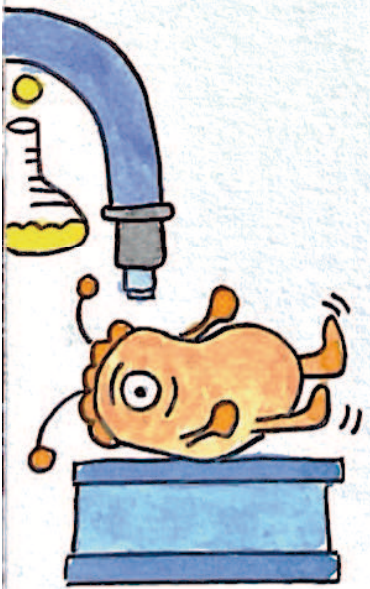
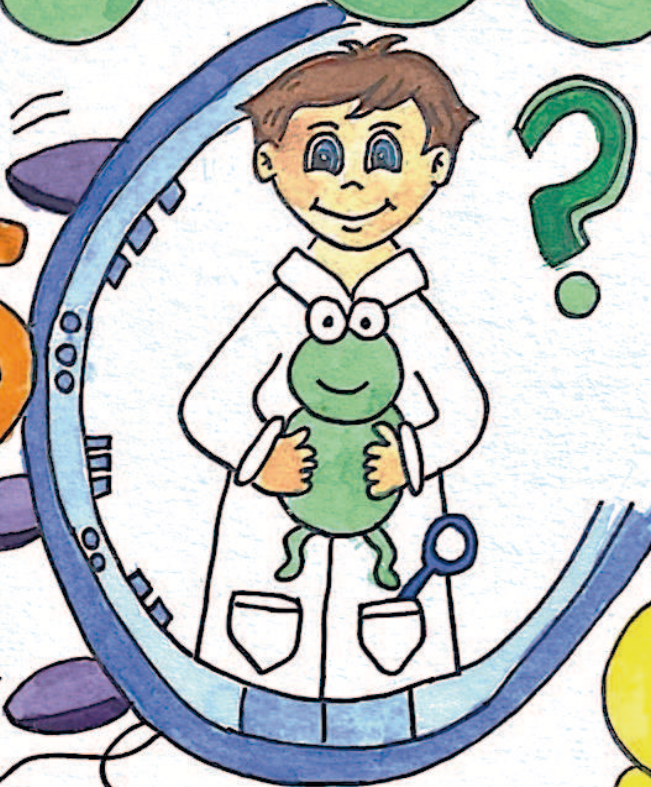


Me opero

de

hipospadias



Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Familias
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD



UGC CIRUGÍA PEDIÁTRICA

R.I.

ESTA GUÍA HA SIDO ELABORADA PARA TRANQUILIZAR A PADRES Y A NIÑOS CON HIPOSPADIAS HACIENDO MÁS AMENO EL PROCESO ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN. SE ACOMPAÑA DE ILUSTRACIONES QUE CARACTERIZAN A LOS PROFESIONALES DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL REINA SOFÍA QUE PARTICIPAN EN LA ATENCIÓN DE ESTOS PACIENTES. EL PERSONAL QUE LES ATENDERÁ ESTÁ MUY FAMILIARIZADO CON ESTA PATOLOGÍA, PUDIENDO ACLARARLE DUDAS Y OFRECERLE LOS MEJORES CUIDADOS A SU HIJO DESDE SU DIAGNÓSTICO.



¡HOLA!

¡Yo ya me he operado de hipospadias!

¡No te preocupes!

Voy a explicártelo todo a ti y a tus
papás

¿Qué es el Hipospadias?

El hipospadias es un defecto congénito (al nacimiento), en el que el pene no se desarrolla de manera adecuada. Esta anomalía comprende:

- Posición anormal del meato urinario (conducto de la orina), que está en otra región del pene que no es la punta (que es su posición normal).
- El pene suele estar incurvado hacia abajo en la erección
- La piel que recubre el glande (prepucio), es redundante

¿Qué causa el hipospadias?

El hipospadias es una malformación frecuente calculándose que afecta a 1 de cada 250 recién nacidos varones. Parece que esta malformación va en aumento en el mundo occidental. No hay una única causa para la producción de esta malformación. Las posibles causas estudiadas son:

- **Causa genética, familiar:** El hipospadias es 10 veces más frecuente en hijos de padres con hipospadias que en la población general. Cuando ha habido un hipospadias en la familia directa, el

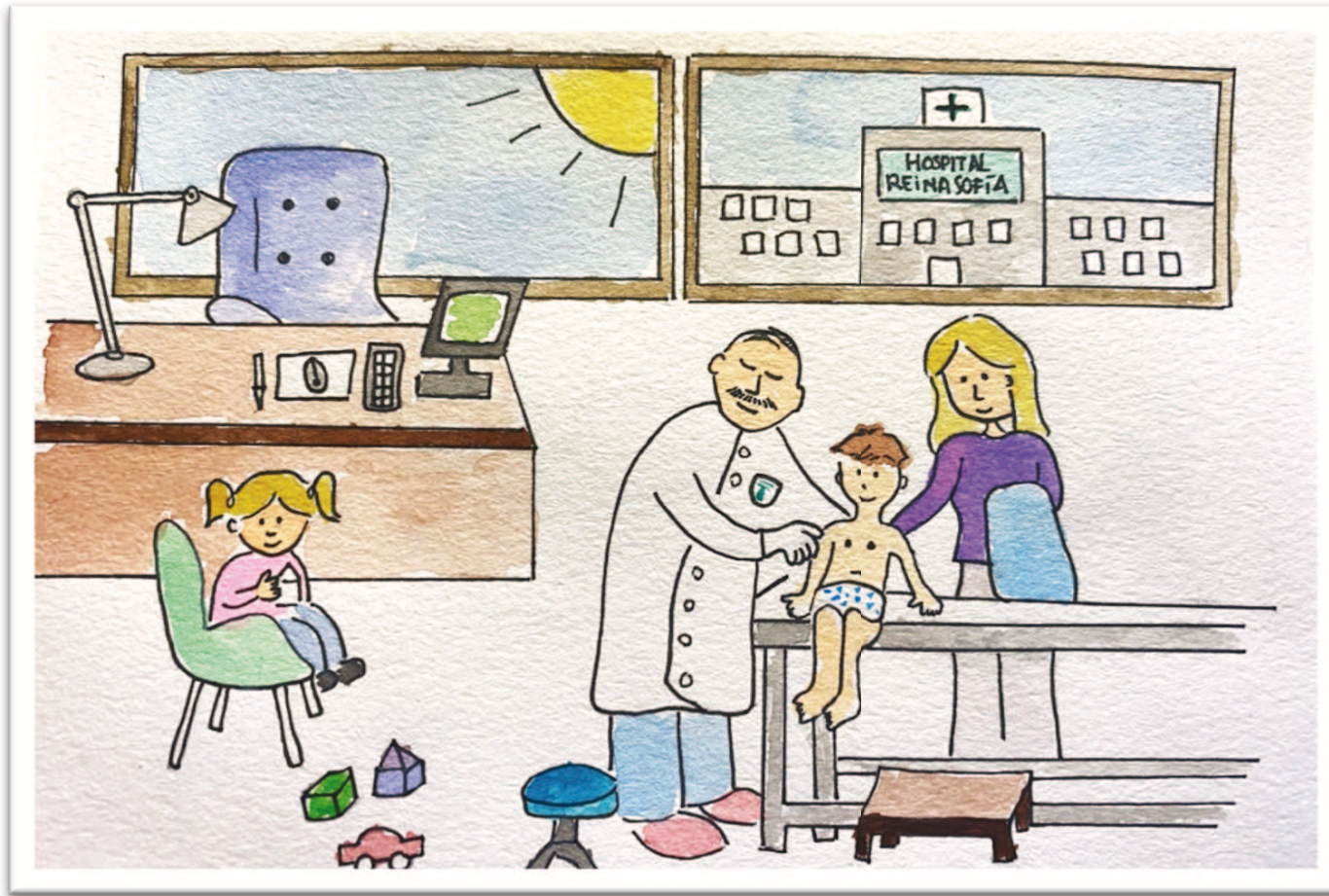
riesgo de tener un hijo o un hermano con hipospadias es del 10% y si hay 2 familiares directos de primer orden, el riesgo aumenta hasta el 25%.

- **Causa hormonal**
- **Otros factores influyentes:**
 - ✓ Mayor edad de la madre
 - ✓ Madre fumadora
 - ✓ Niño con bajo peso al nacimiento
 - ✓ Padre con anomalías testiculares o problemas de fertilidad

En algunos pacientes se hace estudio de las hormonas, de los genes y se ve si está relacionado con otras alteraciones de los genitales.

¿Cómo se diagnostica el hipospadias?

El diagnóstico se lleva a cabo mediante la exploración física: ver el pene, su forma, si tiene incurvación y dónde está situado el meato urinario. Generalmente el paciente es enviado desde el pediatra para valoración por cirugía. No suele ser necesario realizar ninguna prueba más.



Es importante saber que, una vez diagnosticado, **NO DEBE SER CIRCUNCIDADO** puesto que la piel sobrante que se elimina en ese procedimiento puede necesitarse para la cirugía de corrección del hipospadias.

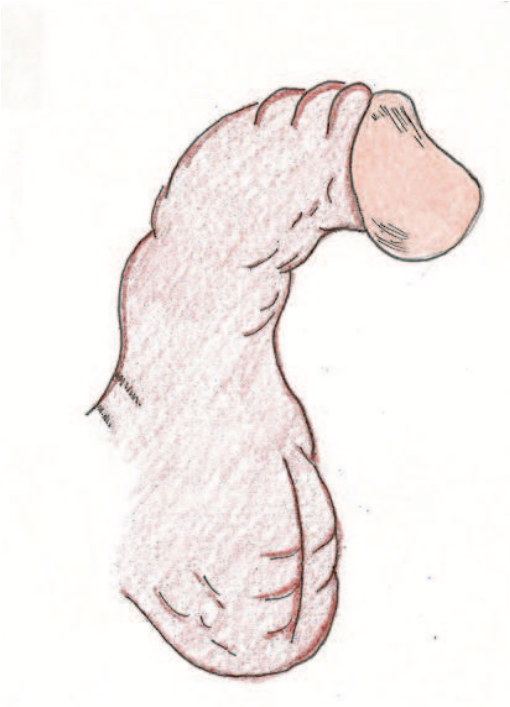
¿Qué grados de hipospadias existen y cómo se trata cada uno?

La severidad del hipospadias depende de dos factores: de la posición del meato urinario y de la incurvación del pene.

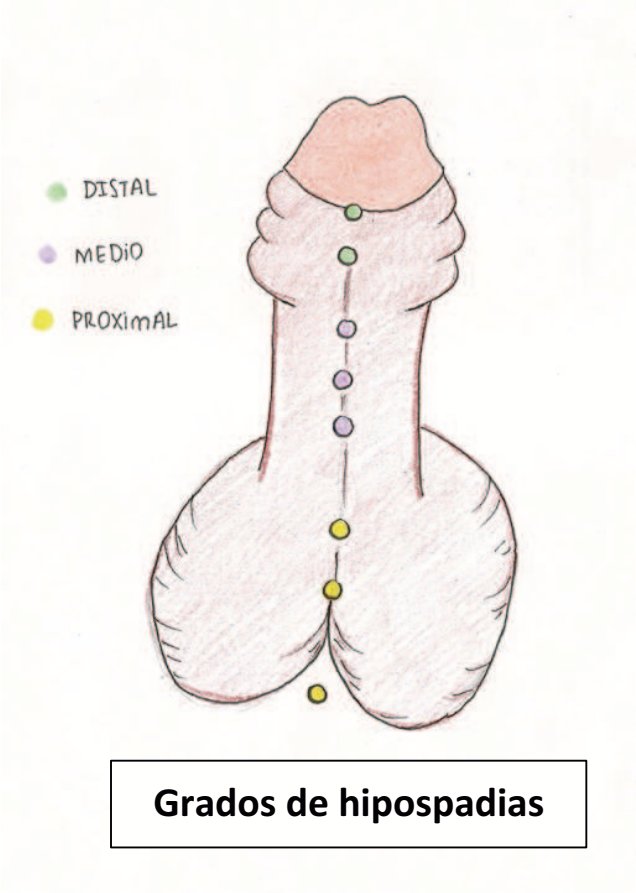
1. Grado leve de hipospadias (color verde en la imagen): El meato urinario, (recordamos que es el orificio de la orina), está cerca de la punta del pene y la curvatura es leve o muy leve. En **algunos** niños con formas leves de hipospadias no es necesario realizar **NINGÚN TRATAMIENTO**.
2. Grado moderado de hipospadias (color morado): El meato urinario se encuentra en el cuerpo del pene y la incurvación ya es más visible. Estos pacientes precisan cirugía.
3. Grado severo de hipospadias (color amarillo): El meato urinario está en la base del pene, en el escroto o detrás de éste. Estos pacientes también precisan cirugía.



El cirujano explicará en la consulta el grado de hipospadias que presenta el paciente y especificará la necesidad de cirugía y la edad oportuna para la realización de la misma.



Incurvación del pene



Grados de hipospadias

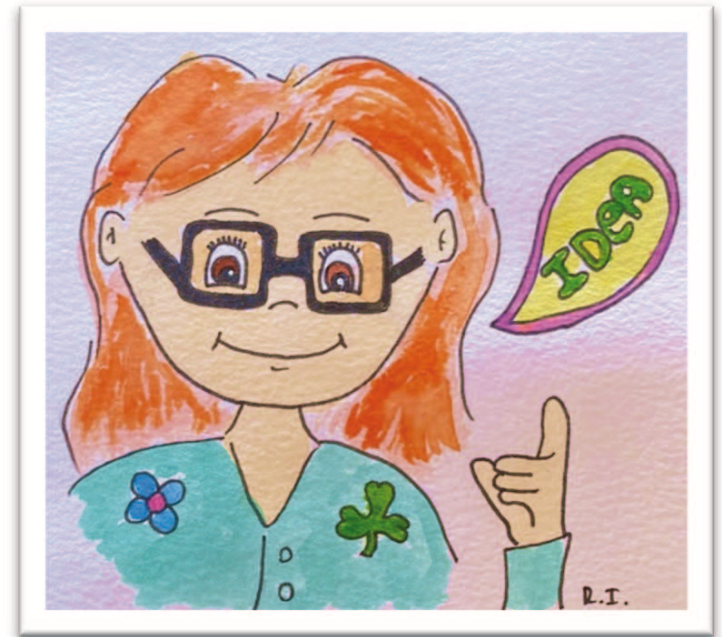
¿Qué información recibimos en esta consulta de cirugía pediátrica?

En la consulta el cirujano/a le ofrecerá información acerca del diagnóstico y las posibilidades de tratamiento de su hijo.

Conviene que **PREGUNTEN TODAS LAS DUDAS** en la consulta para comprender la actitud a seguir. Aun así, es posible acudir a una nueva cita si se necesita. Se trata de una consulta prequirúrgica con la enfermera encargada de estos pacientes, para resolver posibles cuestiones que surjan.

En el momento en el que se comprenda la información que ha recibido en esa consulta, se entregará la siguiente **documentación**:

1. Registro de demanda quirúrgica: nos permite incluir al paciente en lista de espera para operarse. Es preciso



entregarlo en el **acceso D** (se explicará en la consulta cómo llegar a dicho acceso que está situado frente a consultas externas).

2. Consentimiento informado: Se entregarán dos copias; una de ellas para ustedes y otra que es preciso firmar indicando que entienden y consienten el procedimiento. Es importante que sepa que puede cambiar de opinión en cualquier momento.
3. Volante de analítica que debe realizarse en su centro de salud unos 10-15 días antes de la cita con el anestesista. Si el centro de salud en el que se va a realizar no está situado en la capital, es preciso que traiga el resultado de la analítica en mano para que lo valore el anestesista. Si está en la ciudad, no es preciso traerla impresa.
4. Preanestesia: En ese mostrador en el acceso D, le entregarán una cita con el día y la hora en las que acudir a consulta de preanestesia. Esta consulta es necesaria debido a que la intervención se realiza con **ANESTESIA GENERAL**. En algunos casos se realiza, además de esta anestesia general, anestesia epidural (en la región de la espalda se coloca un pequeño catéter), para mejorar el control del dolor en el postoperatorio inmediato. En esta consulta podrá preguntar las dudas en relación con el proceso anestésico y los posibles riesgos. Tendrá que ofrecer información acerca de



otros problemas médicos del niño si los hay, si tiene **alergias** y si toma alguna **medicación**. Se le entregará también un consentimiento informado de anestesia una vez entienda la información ofrecida.

TODA ESTA DOCUMENTACIÓN LA TENDRÁ DENTRO DE UN SOBRE BLANCO QUE SE ENTREGA EN LA CONSULTA. ESE SOBRE, JUNTO CON OTRO DE COLOR AMARILLO QUE LE ENTREGARÁ EL ANESTESISTA, **SON NECESARIOS PARA EL DIA DE LA INTERVECIÓN**. NO OLVIDE TRAERLOS ESE DÍA.

¿Cuándo se realizaría la intervención?

Una vez pasada la preanestesia, nos pondremos en contacto con ustedes desde la secretaría de cirugía pediátrica para explicarles:

1. El día y la hora de ingreso
2. Recordarles la documentación que han de aportar (mencionada anteriormente).
3. También se les indicará si es preciso que el paciente tome alguna medicación antes de venir

4. Se les recordará, también, la necesidad de que el paciente acuda en ayunas (en general 8 horas antes de la intervención). En caso de no guardar estas ayunas, la operación se suspendería por posible riesgo anestésico. **LAS AYUNAS CONSISTEN EN NO BEBER NI COMER NADA (NI SIQUIERA AGUA) EN LAS HORAS ESPECIFICADAS.**
5. Se preguntará por el estado de salud del paciente: si presenta cuadro catarral, fiebre, erupción cutánea u otra sintomatología relevante.



Fiebre



Cuadro catarral, mucosidad



Los pacientes ingresan la tarde de antes o la misma mañana de la intervención dependiendo de la edad y el orden del parte quirúrgico. En caso de ingresar la tarde de antes, sigan las instrucciones ofrecidas por el personal de la planta que estará al tanto de la operación de su hijo.

Es preciso que sigan estas recomendaciones y aporten esta documentación. Si esto no es así, la operación podrá ser atrasada o anulada.



R.I.

¿En qué consiste la intervención?

CIRUGIA EN UN TIEMPO

- En los casos más leves, la cirugía puede hacerse en un solo tiempo (una única intervención)
- El meato urinario se coloca en la punta del pene
- Se corrige la posible incurvación (necesario para la futura procreación) y se realiza una circuncisión
- Llevará una sonda a través del meato que recoge la orina y un vendaje.

CIRUGIA EN DOS TIEMPOS

- Se realiza en los hipospadias más severos
- 1ª intervención: se corrige la incurvación y se utiliza parte del prepucio para colocar un injerto en la raíz del pene (pene con aspecto de "libro abierto"). Sale con sonda para recogida de orina y con vendaje que se retiraran normalmente a los 7-10 días.
- 2ª intervención: SE REALIZA A LOS 6-8 MESES DE LA PRIMERA INTERVENCIÓN. Consiste en construir una nueva uretra que descansa sobre ese injerto ya curado llevando el orificio de la orina a la punta del pene y abrazándolo con la piel para conseguir un buen resultado estético. Saldrá con sonda vesical y con un vendaje.

¿Cuáles son las posibles complicaciones y cómo tratarlas?

COMPLICACIONES A <u>CORTO</u> PLAZO	CÓMO TRATARLAS
Dolor	Se pautarán analgésicos para aliviarlo (paracetamol, ibuprofeno).
Espasmos vesicales	Se trata de contracciones dolorosas desde la vejiga por la presencia de la sonda. Estas contracciones pueden reflejarse alrededor del ano. Se pautará medicación (oxibutinina) que controle estos espasmos. Puede colocar lubricante o vaselina en región anal para calmar el dolor.
Inflamación	Más evidente en las primeras horas y cuando el paciente comienza a deambular. Se darán indicaciones acerca del reposo necesario para evitar la excesiva inflamación. Puede aplicar una gasa con manzanilla tibia para disminuirla. En algunos casos son precisas otras curas. En ese caso se ofrecerán las pautas necesarias.
Hematoma y/o costras	Suelen permanecer unos días pudiendo desaparecer solos y en algunos casos, precisando curas. En el caso de las costras, puede aplicar vaselina que ayuda a desprenderlas.

COMPLICACIONES A CORTO PLAZO Y CÓMO TRATARLAS

Problemas con la sonda

Se le explicará cómo manejarla en el caso de que se vaya de alta con la sonda para que conozcan cómo cuidarla y en qué situaciones es preciso que acudan al hospital.

Sangrado

Más frecuentes tras esfuerzos como puede ser la defecación. Normalmente estos sangrados suelen cesar sin mayores complicaciones. En caso de duda o sangrado excesivo pónganse en contacto con la enfermera de la consulta prequirúrgica.

Infección

Es una complicación rara pero posible. El paciente recibirá medicación (antibiótico), si precisa para evitar esta complicación.

Estreñimiento

Se facilitará medicación durante el ingreso que ayude a la defecación. Es preciso que las deposiciones sean regulares y que no impliquen un gran esfuerzo. Es importante una abundante hidratación.

COMPLICACIONES A **LARGO** PLAZO

CÓMO TRATARLAS

Fístula

Orificio en la zona operada (entre los puntos de sutura) por el cual se produce salida de orina. Es preciso que el paciente pellizque esta piel entre dos dedos en cada micción para intentar el cierre de la misma. Dependiendo de la evolución y la gravedad, puede precisar una nueva intervención para la corrección de dicha fistula.

Estenosis

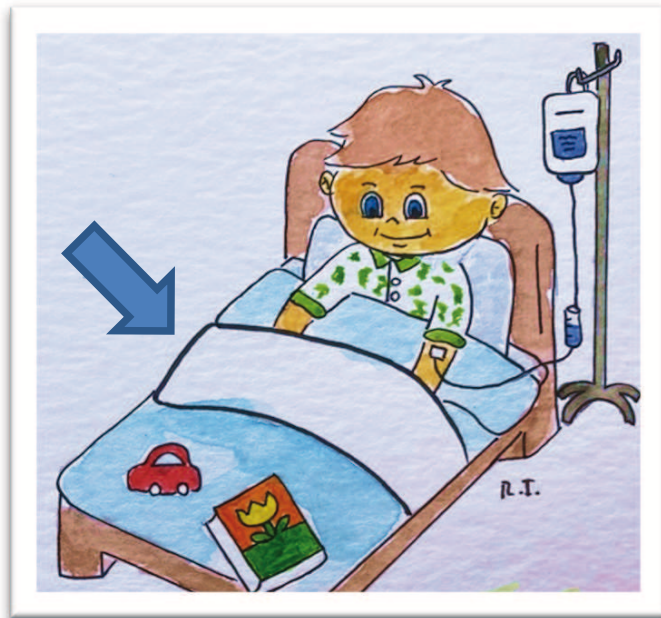
Estrechez en el meato urinario que se produce por la cicatrización del tejido manipulado en la cirugía. Es posible que sea preciso el uso de instrumental en domicilio (sondas) para dilatar ese orificio y conseguir un chorro miccional adecuado. Si con esto no es suficiente, se realizará la apertura de dicho orificio en una nueva intervención quirúrgica.

Mal resultado estético

Una vez eliminada la incurvación y corregida la posición del meato urinario (defectos prioritarios a corregir), es posible mejorar algunos aspectos estéticos.

Todas estas complicaciones serán introducidas por la enfermera de la consulta prequirúrgica para que puedan estar familiarizados con las mismas. No dude en consultar sus dudas.

En cuanto a la **ANESTESIA**: es posible que algunos pacientes experimenten náuseas y vómitos, así como dolor de cabeza, de garganta o sentirse cansados y mareados. Estos efectos normalmente son frecuentes, transitorios y no son graves.



¿Qué hay que hacer en casa?

Dependiendo de cada caso, el paciente permanecerá entre 2 y 7 días ingresado. Se colocará una carpa protectora para evitar los golpes y la manipulación de la zona. Durante estos días recibirá la medicación necesaria para el control del dolor, las náuseas y las molestias postoperatorias en general.

Carpa protectora durante el ingreso

CUIDADOS DE LA SONDA Y VENDAJE

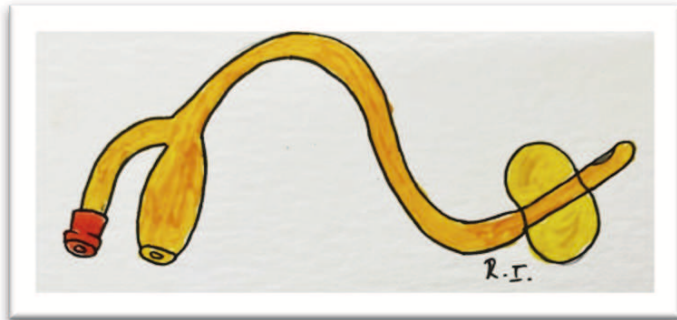
Será preciso ser muy cuidadosos con el vendaje en el ingreso (algunos pacientes precisarán algún tipo de sujeción mecánica sobre todo por la noche para evitar dar tirones de la sonda y tocar la zona de los puntos).

Una vez retirado el vendaje que podrá ser en la planta o en quirófano, es normal que la zona presente una inflamación importante que irá disminuyendo a lo largo de los días.

En algunos casos, los pacientes continuarán con el vendaje y la sonda para la orina en el domicilio. Esto implica un cuidado extra ya que es posible provocar daño en la zona operada. El vendaje ha de estar limpio y seco en todo momento.

La sonda vesical estaría conectada a una bolsa en niños más mayores, la cual les permite moverse y que hay que ir vaciando de orina. En caso de que el niño sea pequeño y aún tenga pañal, se colocará un primer pañal con un orificio central por donde pasará la sonda abierta (con orina pasando) y se colocará un nuevo pañal ya sin orificio para que la orina drene en este último (técnica del doble pañal).

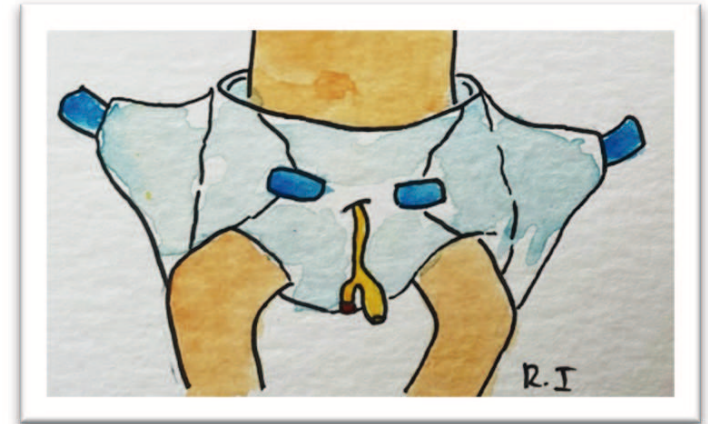
Antes del alta se les explicará cuánto tiempo ha de permanecer con la sonda y el momento de su retirada.



Sonda vesical



Sonda vesical en niños más mayores



Técnica del doble pañal

MEDICACIÓN

Como se ha comentado anteriormente, se pautará medicación (se cargará en su tarjeta sanitaria):

- Analgésicos: paracetamol, ibuprofeno
- Antibiótico: es importante tomarlos el número de días que se indica.
- Medicación para los espasmos: oxibutinina
- Laxantes: para mejorar la defecación.



Es posible que alguno de estos medicamentos no se pauten porque no se necesite o que por el contrario se añada alguno que no figura en la lista puesto que cada caso ha de ser individualizado.

En el informe de alta se especificarán la duración y las dosis del tratamiento.

REPOSO

El niño debe estar en un ambiente tranquilo en casa. Ha de guardar un reposo relativo la primera semana NO debe realizar esfuerzos en aproximadamente un mes (esto implica cualquier tipo de actividad deportiva). Se indicará desde qué momento es posible bañarlo/ducharlo.

SIGNOS DE ALARMA

Contacte con el hospital o acuda a urgencias si:

- Su hijo presenta mucho dolor que no se calma con la medicación
- El vendaje se ha caído, mojado o manchado



- No sale orina por la sonda en un plazo de 4-5 horas
- Está sangrando y no cesa
- Fiebre

CITA Y CONTACTO

Deben acudir a la cita de revisión: el día y la hora están especificados en la cita que se entrega al alta. Si tiene alguna duda adicional puede contactar con la enfermera de la consulta prequirúrgica.



iDe vuelta a casa!



Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Familias
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD



UGCP CIRUGÍA PEDIÁTRICA

