



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO

ADENOMECTOMÍA ABIERTA

SERVICIO DE UROLOGÍA

Consiste en extirpar el Adenoma de próstata que es un tumor benigno que obstruye la región de salida de la vejiga dificultando o impidiendo la micción. Se extrae el adenoma no toda la próstata. En el postoperatorio que habitualmente es de 5 - 7 días es necesario dejar una sonda vesical y un tubo de drenaje que se retirarán en función de la evolución. Tras la retirada de la sonda aparecen pequeños trastornos (escozor, imperiosidad) que desaparecen en pocos días.

BENEFICIOS QUE SE PRETENDEN CONSEGUIR CON ESTA INTERVENCIÓN.

Mejora de la calidad miccional. Aumento del calibre del chorro miccional.
Supresión de la sonda vesical permanente si fuera portador de ella.
Supresión de la obstrucción urinaria y de las consecuencias sobre el aparato urinario.

FRACASO DE LA TÉCNICA.

No conseguir mejora en la calidad miccional.
No poder retirar la sonda vesical permanente si fuera portador de ella.

COMPLICACIONES.

Hemorragia importante durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio. Sus consecuencias dependerán del grado y del tratamiento que necesite. Puede precisar la administración de sangre con las complicaciones que ello conlleva.

Infección generalizada a nivel de la sangre.

Problemas derivados de la herida quirúrgica: infección en sus diferentes grados. Apertura de la herida que puede necesitar una intervención secundaria. Hernia intestinal que puede necesitar una intervención secundaria. Fístulas permanentes o temporales. Defectos estéticos e intolerancia a los materiales de sutura.

- Problemas derivados de la Anestesia. El tipo y sus complicaciones serán informados por el Servicio de Anestesia cuando se realice el estudio preoperatorio.

SECUELAS:

Incontinencia urinaria en sus diferentes grados.
Disfunción sexual.
Eyaculación retrograda con probable infertilidad. El eyaculado en la relación sexual va a la vejiga y no al exterior como es habitual.
Estenosis uretral o esclerosis del cuello de la vejiga que provoca una nueva enfermedad que requiere tratamiento posterior.

ALTERNATIVAS.

Resección transuretral de próstata.
Tratamiento médico.
Sonda permanente.
Prótesis intraprostática



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

AMPLIACIÓN VESICAL CON INTESTINO

SERVICIO DE UROLOGÍA

Con esta intervención se persigue ampliar la capacidad vesical interferir las contracciones involuntarias del detrusor y proteger el aparato urinario superior (riñones). Para ello se accede a la cavidad abdominal y a partir de un segmento de intestino se diseña un parche intestinal que se adosa a la vejiga urinaria la cual previamente se ha abierto mediante una incisión.

El postoperatorio habitual suele ser de 10 a 15 días durante éste tiempo se puede precisar alimentación por vía parenteral que se irá retirando de forma paulatina así como las sondas o drenajes en función de la evolución.

Se precisaran lavados vesicales para evitar el acumulo de mucosidad que va a producir la nueva vejiga debido al segmento de intestino que la forma.

BENEFICIOS QUE SE PRETENDEN CONSEGUIR CON ESTA INTERVENCIÓN.

Aumentar la capacidad vesical. Mejoría de la función miccional y protección del aparato urinario superior (riñones). Corregir en parte la incontinencia si esta existe.

FRACASO DE LA TÉCNICA.

Persistencia de los síntomas previos, total o parcialmente.

COMPLICACIONES.

Hemorragia importante durante el acto quirúrgico o en el postoperatorio. Sus consecuencias dependerán del grado y del tratamiento que necesite. Puede ser precisa la administración de sangre con las complicaciones que puede conllevar.

Infección generalizada a nivel sanguíneo.

Problemas derivados de la herida quirúrgica: infección en sus diferentes grados. Apertura de la herida que puede necesitar una intervención secundaria. Hernia intestinal que puede necesitar una intervención secundaria. Fístulas permanentes o temporales. Defectos estéticos e intolerancia a los materiales de sutura. Neuralgias (dolores nerviosos), Hiperestésias o Hipoestésias (aumento o disminución de la sensibilidad)

Complicaciones abdominales a consecuencia de la apertura del abdomen: parálisis intestinal pasajera o permanente, obstrucción intestinal que precise reintervención con resultados imprevisibles, infección abdominal que puede conllevar una nueva cirugía e incluso la muerte.

Fistulas urinarias y/o intestinales.

- Problemas derivados de la Anestesia. El tipo y sus complicaciones serán informados por el Servicio de Anestesia cuando se realice el estudio preoperatorio.

SECUELAS:

Dolor a nivel de la herida quirúrgica.

Hipotonía (perdida de fuerza) de la musculatura en la zona de la incisión.

Necesidad de realización de autosondajes para conseguir el vaciado vesical.

Incontinencia urinaria.

Secreción de moco producida por el segmento intestinal.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

BIOPSIA DE PENE

SERVICIO DE UROLOGÍA

Consiste en la obtención de tejido peneano para realizar un estudio microscópico. Se realiza habitualmente con anestesia local o regional.

Se realiza para el realizar el diagnóstico diferencial entre lesiones benignas o lesiones malignas que precisaran un tratamiento complementario.

OBJETIVO:

Diagnostico anatomopatológico en el caso de lesiones del pene.

COMPLICACIONES:

Generales: Reacciones alérgicas al anestésico local.

Locales: Hematomas.

Infecciones de la herida quirúrgica.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO

**BIOPSIA PROSTÁTICA
TRANSRECTAL**

SERVICIO DE UROLOGÍA

Consiste en la obtención de pequeños fragmentos de próstata mediante un agujero que se guía habitualmente por un ecógrafo. Su objetivo es poder analizar el tejido extraído por parte del Servicio de Anatomía Patológica para diferenciar entre una enfermedad benigna o maligna.

En la mayoría de las ocasiones se realiza sin anestesia. Se introduce una sonda rectal de ultrasonidos a través del ano y a través de la mucosa rectal mediante una aguja se obtienen 6 o más cilindros de tejido prostático dependiendo de las características de cada caso.

COMPLICACIONES:

Generales: Reacciones alérgicas al anestésico local. Cuadros de sepsis o infección generalizada a nivel sanguíneo.

Locales: Hematuria (sangrado con la orina).
Uretrorragia (sangrado por la uretra).
Rectorragia (sangrado por el recto).



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

BIOPSIA TESTICULAR

SERVICIO DE UROLOGÍA

Consiste en la obtención de tejido testicular para realizar un estudio microscópico. Se realiza abriendo el escroto y las diferentes capas testiculares y habitualmente con anestesia local o regional.

Se realiza para el estudio de la infertilidad masculina o para el estudio de zonas anormales del testículo.

OBJETIVO:

Evaluar la infertilidad masculina

Diagnostico anatomopatológico en el caso de lesiones testiculares.

COMPLICACIONES:

Generales: Reacciones alérgicas al anestésico local.

Locales: Hematomas.

Infecciones de la herida quirúrgica.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO

SLING SUBURETRAL CON TVT
PARA LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

SERVICIO DE UROLOGÍA

La intervención quirúrgica se realiza por vía vaginal con una pequeña incisión en su cara anterior. El objetivo es crear un soporte uretral adecuado que impida la incontinencia que se produce con el esfuerzo. Para ello se introduce una cinta de material sintético biocompatible. La cinta se fija a los tejidos de forma espontánea sin necesidad de incisión alguna.

A veces la cirugía se acompaña de la reparación de los defectos existentes a nivel del suelo pélvico como son el cistocele (profusión de la vejiga hacia la vagina) y/o rectocele (profusión del recto sobre la pared posterior de la vagina).

BENEFICIOS QUE SE PRETENDEN CONSEGUIR CON ESTA INTERVENCIÓN.

Corregir la Incontinencia urinaria de esfuerzo.
Corregir los defectos existentes en el suelo pélvico.

FRACASO DE LA TÉCNICA.

Persistencia de la incontinencia que acontece en el 20-30% de los casos.

COMPLICACIONES.

- Retención urinaria al retirar la sonda vesical. Puede precisar la colocación de una sonda suprapúbica o él tener que realizar sondajes intermitentes de forma temporal.
- Hemorragia importante, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio. Sus consecuencias pueden ser diversas dependiendo del tipo de tratamiento que precise y de la gravedad de la misma.
- Problemas y complicaciones de la herida quirúrgica:

Infección en sus diferentes grados.
Apertura de la herida que puede necesitar intervención secundaria.
Hernia intestinal que puede necesitar intervención secundaria.
Lesiones vesicales y/o uretrales como fístulas permanentes o temporales.

- Defectos estéticos derivados de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anómalos.
- Intolerancia de los materiales de sutura que pueden necesitar incluso su extracción.
- **Problemas derivados de la Anestesia. El tipo y sus complicaciones serán informados por el Servicio de Anestesia cuando se realice el estudio preoperatorio.**

SECUELAS.

Inestabilidad vesical. Aparición de contracciones involuntarias de la vejiga.
Dispareunia (coito doloroso).
Posible reaparición de la incontinencia pasados unos años.
Enteroccele (hernia intestinal a través de la vagina).
Osteítis de pubis (dolores en el pubis).
Formación de cálculos vesicales.

ALTERNATIVA.

Agotar posibilidades del tratamiento no quirúrgico.
Otras técnicas quirúrgicas cuya elección depende de nuestros protocolos.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO

SLING SUBURETRAL PARA EL TRATAMIENTO
DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

SERVICIO DE UROLOGÍA

La intervención quirúrgica se realiza por vía suprapúbica a través de una herida abdominal combinada con otra en la vagina la vía vaginal.

El objetivo es crear un soporte uretral adecuado que impida la incontinencia que se produce con el esfuerzo. Para ello se crea una hamaca a partir de la fascia abdominal, fascia lata o bien de material sintético. La hamaca se fija a los ligamentos de Cooper que están a nivel del pubis o bien a la fascia de los rectos anteriores del abdomen.

BENEFICIOS QUE SE PRETENDEN CONSEGUIR CON ESTA INTERVENCION.

Corregir la Incontinencia urinaria de esfuerzo.

FRACASO DE LA TÉCNICA.

Persistencia de la incontinencia que acontece en el 20-30% de los casos.

COMPLICACIONES.

- Retención urinaria al retirar la sonda vesical. Puede precisar la colocación de una sonda Suprapúbica (sonda por encima del pubis) o él tener que realizar sondajes intermitentes de forma temporal.
- Hemorragia importante, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio. Sus consecuencias pueden ser diversas dependiendo del tipo de tratamiento que precise y de la gravedad de la misma. Puede necesitar transfusión de sangre con las complicaciones derivadas de la misma.
- Problemas y complicaciones de la herida quirúrgica:
 - Infección en sus diferentes grados.
 - Apertura de la herida que puede necesitar intervención secundaria.
 - Hernia intestinal que puede necesitar intervención secundaria.
 - Lesiones vesicales y/o uretrales como fistulas permanentes o temporales.
- Defectos estéticos derivados de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anómalos.
- Intolerancia de los materiales de sutura que pueden necesitar incluso su extracción.
- **Problemas derivados de la Anestesia. El tipo y sus complicaciones serán informados por el Servicio de Anestesia cuando se realice el estudio preoperatorio.**

SECUELAS.

Inestabilidad vesical. Aparición de contracciones involuntarias de la vejiga.
Dispareunia (coito doloroso).
Posible reaparición de la incontinencia pasados unos años.
Enterocèle. (Prolapso de asas intestinales hacia el fondo de la vagina).
Osteítis de pubis (dolores en el pubis).
Formación de cálculos vesicales.

ALTERNATIVA.

Agotar posibilidades del tratamiento no quirúrgico.
Otras técnicas quirúrgicas cuya elección depende de nuestros protocolos.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

CATETERISMO URETERAL
COLOCACIÓN DE CATETER DOBLE J.

SERVICIO DE UROLOGÍA

La técnica se realiza a través de un endoscopio con el cual vemos el interior de la vejiga y nos permite acceder a los uréteres a través de los meatos ureterales. Normalmente se realiza con anestesia local (usando un gel anestésico en la uretra) que minimiza las molestias y las hace mas tolerables.

Se indica ante la presencia de una obstrucción a nivel ureteral por diferentes causas (litiasis, tumores coágulos, etc). Se puede realizar de forma programada pero en ocasiones ha de realizarse de forma urgente.

BENEFICIOS QUE SE PRETENDEN CONSEGUIR CON ESTA INTERVENCIÓN:

- Desobstruir la vía urinaria permitiendo la correcta funcionalidad del riñón afecto.
- Calmar el dolor y los síntomas derivados de la obstrucción.

COMPLICACIONES.

- No conseguir llegar implantar el catéter por imposibilidad para salvar el obstáculo.
- Hemorragia importante durante el acto quirúrgico y el postoperatorio.
- Infecciones.
- Perforación del uréter.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO

SERVICIO DE UROLOGÍA

CISTECTOMIA RADICAL

Consiste en la extirpación total de la vejiga. En el hombre, se extrae de forma conjunta con la próstata y vesículas seminales y en algunos casos es necesaria además la extirpación de la uretra.

En la mujer, puede ser necesaria la extirpación de la matriz y cara anterior de la vagina. La intervención se realiza habitualmente para tratar un tumor maligno y con intención curativa.

También se van a extraer los ganglios linfáticos pélvicos. Cuando se extrae la vejiga, habitualmente, se expulsa la orina a la piel, a través de un asa de intestino delgado (Bricker) en este caso el paciente llevará un colector adosado a un estoma para recoger la orina.

En determinadas circunstancias y según las características del enfermo y de la propia enfermedad será posible reconstruir la vejiga utilizando el intestino pudiendo entonces orinar a través de la uretra.

El postoperatorio habitual suele ser de 10 a 20 días durante este tiempo se someterá a alimentación por la vena que se irá retirando de forma paulatina así como las sondas o drenajes en función de la evolución.

BENEFICIOS QUE SE PRETENDEN CONSEGUIR CON ESTA INTERVENCIÓN.

Eliminación de la vejiga enferma.

FRACASO DE LA TÉCNICA.

No poder conseguir la extirpación de la vejiga.

Persistencia de los síntomas previos, total o parcialmente.

COMPLICACIONES.

Hemorragia importante durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio. Sus consecuencias dependerán del grado y del tratamiento que necesite. Puede requerir la administración de sangre con las posibles complicaciones que esto conlleva.

Infección generalizada a nivel sanguíneo.

Problemas derivados de la herida quirúrgica: infección en sus diferentes grados. Apertura de la herida que puede necesitar una intervención secundaria. Hernia intestinal que puede necesitar una intervención secundaria. Fístulas permanentes o temporales. Defectos estéticos e intolerancia a los materiales de sutura. Neuralgias (dolores nerviosos), Hiperestésias o Hipoestésias (aumento o disminución de la sensibilidad).

Complicaciones abdominales a consecuencia de la apertura del abdomen: parálisis intestinal pasajera o permanente, obstrucción intestinal que precise reintervención con resultados imprevisibles, infección abdominal que puede conllevar una nueva cirugía e incluso la muerte.

Disfunción eréctil que puede ser tratada posteriormente.

- Problemas derivados de la Anestesia. El tipo y sus complicaciones serán informados por el Servicio de Anestesia cuando se realice el estudio preoperatorio.

SECUELAS:

Dolor a nivel de la herida quirúrgica.

Debilidad de la musculatura en la zona de la herida.

Problemáticas de la derivación urinaria: estoma cutáneo con colector, infecciones renales ascendentes que en casos graves pueden llevar a una insuficiencia renal terminal, estenosis de la unión uretero intestinal que puede requerir intervención secundaria.

Problemática del estoma: estenosis, infecciones de la piel, dolores, irritaciones, defecto estético inherente al estoma, escapes de orina.

ALTERNATIVAS.

Radioterapia.

Quimioterapia.

A veces, estas opciones son un tratamiento que complementa a la propia Cistectomía.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO

CISTOLITECTOMÍA MEDIANTE LITHOCLAST

SERVICIO DE UROLOGÍA

Consiste en la extracción de cálculos vesicales mediante un cistoscopio y dispositivos de aire comprimido que fragmentan los cálculos y aspiran los mismos. Se introduce en la vejiga a través de la uretra.

El procedimiento se termina dejando una sonda vesical que se mantiene aproximadamente 24-48 horas.

OBJETIVO:

- Eliminación de los cálculos vesicales de un tamaño determinado.
- Desaparición de la sintomatología y complicaciones derivada de la litiasis vesical.

COMPLICACIONES:

- Hemorragia tanto en la intervención como en el postoperatorio.
- Perforación vesical.
- Infección .
- Aparición de fistulas.
- A largo plazo: Recidiva de la litiasis.
- No conseguir la extracción completa del cálculo.
- **Problemas derivados de la Anestesia. El tipo y sus complicaciones serán informados por El Servicio de Anestesia cuando se realice el estudio preoperatorio**

ALTERNATIVAS:

- Cirugía abierta.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO

CITOSCOPIA URETROSCOPIA

SERVICIO DE UROLOGÍA

Es una exploración por medio de la cual , usando un endoscopio, vemos el interior de la vejiga y de la uretra. Normalmente se realiza de forma ambulatoria con anestesia local (usando un gel anestésico en la uretra) que minimiza las molestias y las hace mas tolerables.

Se indica en el estudio de la hematuria(orina con sangre), cistitis de repetición, en las revisiones de pacientes intervenidos por tumores vesicales, etc. En ocasiones se introduce un catéter a través del uréter lo que permite el estudio de la vía urinaria superior(ureter y riñones) y permite obtener orina para cultivar y realizar estudios citológico.

También podemos implantar un tubo temporal llamado doble J en la patología obstructiva a nivel ureteral ya sea por litiasis o por otra patología.

BENEFICIOS QUE SE PRETENDEN CONSEGUIR CON ESTA INTERVENCIÓN:

Diagnosticar la causa de sus molestias.

En ocasiones puede ser terapéutica aunque el objetivo fundamental es el diagnóstico.

COMPLICACIONES.

No conseguir llegar a un diagnóstico.

Hemorragia importante durante el acto quirúrgico y el postoperatorio. En el postoperatorio inmediato pueden aparecer hematomas y edemas en el escroto y en el resto del área genital.

Infecciones.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO

COLPOSUSPENSIÓN

SERVICIO DE UROLOGÍA

SEGÚN TÉCNICA DE BURCH PARA EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO.

La intervención se realiza a través de una incisión abdominal. El objetivo es reponer el cuello vesical (salida de la vejiga) a su situación habitual. Se dan puntos desde la vagina a los ligamentos de Cooper (Pubis). En ocasiones para facilitar la técnica se abre la vejiga o se hace control endoscópico. En ocasiones se acompaña de histerectomía. (Quitar la matriz).

BENEFICIOS QUE SE PRETENDEN CONSEGUIR CON ESTA INTERVENCIÓN.

Corregir la Incontinencia urinaria de esfuerzo.

FRACASO DE LA TÉCNICA.

Persistencia de la incontinencia que acontece en el 20-30% de los casos.

COMPLICACIONES.

Retención urinaria al retirar la sonda vesical. Puede precisar la colocación de una sonda suprapúbica o él tener que realizar cateterismos intermitentes de forma temporal.

Hemorragia importante durante el acto quirúrgico o en el postoperatorio. Sus consecuencias pueden ser diversas dependiendo del tipo de tratamiento que precise y de la gravedad de la misma. Puede requerir la administración de sangre con los problemas derivados de ello.

Problemas y complicaciones de la herida quirúrgica:

 Infección en sus diferentes grados.

 Apertura de la herida que puede necesitar intervención secundaria.

 Hernia intestinal que puede necesitar intervención secundaria.

 Lesiones vesicales como fístulas permanentes o temporales.

 Defectos estéticos derivados de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anómalos.

Intolerancia de los materiales de sutura que pueden necesitar incluso su extracción.

- **Problemas derivados de la Anestesia. El tipo y sus complicaciones serán informados por el Servicio de Anestesia cuando se realice el estudio preoperatorio.**

SECUELAS.

- Inestabilidad vesical. Aparición de contracciones involuntarias de la vejiga.
- Dispareunia (coito doloroso).
- Posible reaparición de la incontinencia pasados unos años.
- Enteroceles (profusión de los intestinos a la vagina).
- Osteítis de pubis (dolores en el pubis).
- Formación de cálculos vesicales.

ALTERNATIVA.

- Agotar posibilidades del tratamiento no quirúrgico.
- Otras técnicas quirúrgicas cuya elección depende de nuestros protocolos.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO

CORPOROPLASTIA

SERVICIO DE UROLOGÍA

SEGÚN TÉCNICA DE NESBIT MODIFICADA PARA LA CORRECCIÓN DE LA INCURVACIÓN PENEANA POR EFERMEDAD DE LA PEYRONIE.

Se realiza mediante la denudación del pene bajando la piel a partir de una incisión circular de la piel y mucosa del prepucio (piel móvil que recubre la cabeza del pene o glande). Se realizan un o varis pliegues, según las características del caso, en la túnica albugínea (especie de funda fibrosa que envuelve el tejido venoso-eréctil de los cuerpos cavernosos); estos pliegues se consolidan con varios puntos, con hilos de sutura no reabsorbibles (permanentes).

Posteriormente, se envuelve nuevamente el pene con su piel, suturando la incisión del prepucio con puntos de hilo reabsorbible de forma similar a como se realiza en la intervención de fimosis.

Durante la intervención se mantiene colocada una sonda uretro-vesical para controlar la uretra y tratar de evitar su posible lesión. Se mantiene la sonda las primeras 24 a 48 horas, produciéndose alta hospitalaria entre el segundo a cuarto día de la intervención salvo complicaciones.

BENEFICIOS QUE SE PRETENDEN CONSEGUIR CON ESTA INTERVENCIÓN.

Hacer desaparecer la incurvación o al menos hacerla disminuir lo suficiente para eliminar los problemas de penetración vaginal.

No se debe esperar de ella la desaparición de las zonas endurecidas del pene ni la mejoría de otros posibles problemas acompañantes como la falta de erecciones o erecciones incompletas (Impotencia), falta de orgasmo, eyaculación precoz, falta de emisión de semen ni otras anomalías ya existentes antes de la intervención.

EFFECTOS SECUNDARIOS.

Es habitual que se produzca, en mayor o menor grado un acortamiento del pene que ya puede existir antes de la intervención provocado por la Enfermedad de La Peyronie en si, pudiendo ser este acortamiento más marcado después de la intervención.

En mayor o menor grado, sin que tenga ninguna transcendencia funcional, pueden notarse pequeños abultamientos en las zonas en que se practican los pliegues de los cuerpos cavernosos.

COMPLICACIONES.

- En el postoperatorio inmediato pueden aparecer hematomas y edemas en el pene y en el resto del área genital.
- Infecciones en la zona quirúrgica.
- Pueden aparecer pequeñas zonas de necrosis de la piel del pene, sobre todo en el borde del prepucio, que se resuelven espontáneamente o mediante cirugía menor.
- Necrosis cutáneas más extensas que requieren a veces injertos de piel mediante intervenciones de cirugía plástica.
- Falta de sensibilidad o hipersensibilidad a veces dolorosa a nivel del glande, sobre todo durante la erección.
- Lesiones de la uretra.
- Disfunción eréctil (disminución o falta de erección) por lesiones del haz vasculo-nervioso dorsal del pene.
- Resultados no satisfactorios; correcciones no suficientes de la incurvación, hipercorrecciones con resultado de incurvación en sentido contrario a la incurvación primitiva.
- Reparación de la incurvación tiempo después de la intervención por evolución de la enfermedad (Enfermedad de La Peyronie).

- Problemas derivados de la Anestesia. El tipo y sus complicaciones serán informados por el Servicio de Anestesia cuando se realice el estudio preoperatorio.

ALTERNATIVAS.

- Prótesis. Indicadas en casos muy seleccionados.
- Extirpación de la placa: No se plantea en nuestro servicio.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO

CORPOROPLASTIA

SERVICIO DE UROLOGÍA

SEGÚN TÉCNICA DE NESBIT PARA LA INCURVACIÓN CONGÉNITA DE PENE.

Se realiza mediante la denudación del pene bajando su piel a partir de una incisión circular de la piel y mucosa del prepucio (piel móvil que recubre la cabeza del pene o glande).

Se realizan una ó varias plicaturas, según las características del caso, en la túnica albugínea (especie de funda fibrosa que envuelve el tejido venoso-eréctil de los cuerpos cavernosos); estos pliegues se consolidan con varios puntos en la albugínea, con hilos de sutura no reabsorbibles permanentes).

Posteriormente se envuelve nuevamente el pene con su piel, suturando la incisión del prepucio con puntos de hilo reabsorbible de forma similar a como se realiza en la intervención de fimosis.

Durante la intervención se mantiene colocada una sonda uretrovesical para controlar la uretra y tratar de evitar su posible lesión. Se mantiene la sonda durante las primeras 24 a 48 horas, produciéndose el Alta Hospitalaria entre el segundo a cuarto día de la intervención, salvo complicaciones.

BENEFICIOS QUE SE PRETENDEN CONSEGUIR CON ESTA INTERVENCIÓN:

Hacer desaparecer la incurvación del pene de forma total ó al menos lo suficiente para eliminar los problemas de penetración vaginal.

No se debe esperar de ella la mejoría de otros posibles problemas acompañantes como disminución de la potencia sexual (erecciones inexistentes ó incompletas), falta de orgasmo, eyaculación precoz, falta de emisión del semen ó otras anomalías previas a la intervención que no tiene su origen en la incurvación peneana.

EFFECTOS SECUNDARIOS.

Es habitual que se produzca, en mayor o menor grado, un discreto acortamiento del pene cuya importancia estará en función de la longitud del pene previa a la intervención.

En mayor ó menor grado, sin que tenga ninguna trascendencia funcional, puede notarse pequeños abultamientos en las zonas en que se han practicado las plicaturas.

COMPLICACIONES:

En el postoperatorio inmediato pueden aparecer hematomas y edemas del pene y en el resto del área genital.

Infecciones en la zona quirúrgica.

Irregularidades del borde de la piel del prepucio que solo en contadas ocasiones requieren solución quirúrgica mediante cirugía menor con anestesia local.

Pueden aparecer pequeñas zonas de necrosis cutánea, sobre todo en el borde del prepucio, que se resuelven espontáneamente ó mediante cirugía menor.

Necrosis cutáneas más extensas que en ocasiones pueden hacer necesaria su reconstrucción plástica mediante injertos cutáneos.

Falta de sensibilidad ó hipersensibilidad, a veces dolorosa a nivel del glande, sobre todo durante la erección.

Lesiones uretrales.

Disfunción eréctil (déficit de la erección) por lesiones del haz vasculo-nervioso dorsal del pene.

Resultados no satisfactorios: correcciones no suficientes de la incurvación ó hipercorrecciones con resultado de incurvación en sentido contrario de la incurvación primitiva.

Dolor producido por el material de sutura y que en ocasiones obliga a su retirada.

- Problemas derivados de la Anestesia. El tipo y sus complicaciones serán informados por el Servicio de Anestesia cuando se realice el estudio preoperatorio.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

DERIVACIÓN SUPRAPÚBICA

SERVICIO DE UROLOGÍA

Consiste en derivar la orina contenida en la vejiga hacia el exterior cuando el sondaje uretral no es posible o no es deseable. Se realiza por vía percutánea y sólo cuando no posible por esta vía se realiza mediante cirugía abierta.

BENEFICIOS QUE SE PRETENDEN CONSEGUIR CON ESTA INTERVENCIÓN:

Desaparición de la retención de orina.

COMPLICACIONES.

Imposibilidad de llevar a cabo la punción.

Perforación de un asa intestinal con el riesgo de peritonitis.

Hemorragia importante durante el acto quirúrgico y el postoperatorio que puede necesitar una reintervención.

Problemas derivados de la herida quirúrgica:

- Infecciones en la zona quirúrgica.
- Falta de sensibilidad ò hipersensibilidad, a veces dolorosa.
- Dehiscencia de sutura (apertura de la herida).
- Defectos estéticos.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Fístulas temporales o permanentes.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

EPIDIDIMECTOMÍA

SERVICIO DE UROLOGÍA

Consiste en la extirpación del epididimo. El epididimo es una parte del testículo que forma parte de la vía seminal. Se extirpa cuando está afecto de un proceso inflamatorio-infeccioso crónico que produce molestias y que no responde a tratamiento médico.

La incisión se practicará en el escroto.

BENEFICIOS QUE SE PRETENDEN CONSEGUIR CON ESTA INTERVENCIÓN:

Eliminación del epididimo enfermo.
Desaparición de los síntomas dependientes de esta patología.

COMPLICACIONES.

Hemorragia importante durante el acto quirúrgico y el postoperatorio que puede necesitar una reintervención.

En el postoperatorio inmediato pueden aparecer hematomas y edemas en el escroto y en el resto del área genital:

- Infecciones en la zona quirúrgica.
 - Irregularidades del borde de la piel del escroto que solo en contadas ocasiones requieren solución quirúrgica mediante cirugía menor con anestesia local.
 - Necrosis cutáneas más extensas que en ocasiones pueden hacer necesaria su reconstrucción Plástica mediante injertos cutáneos.
 - Falta de sensibilidad o hipersensibilidad, a veces dolorosa.
 - Dehiscencia de sutura (apertura de la herida).
 - Defectos estéticos.
 - Intolerancia a los materiales de sutura.
 - Hernia inguinal secundaria.
- Problemas derivados de la Anestesia. El tipo y sus complicaciones serán informados por el Servicio de Anestesia cuando se realice el estudio preoperatorio.**



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO

EXERESIS QUIRÚRGICA DE LA LITIASIS URINARIA

SERVICIO DE UROLOGÍA

Consiste en la extracción de las piedras a nivel de la vía urinaria mediante cirugía abierta. Según la localización del cálculo la intervención se denomina de diferentes formas. Así en el caso de que los cálculos se sitúen en la pelvis renal, se habla de pielolitomía, cuando se sitúan ocupando por completo el sistema colectivo intrarrenal se habla de nefrolitotomía (abordaje transparenquimatoso), si los cálculos están a nivel ureteral se denomina ureterolitotomía, y por último si se sitúan en vejiga la intervención se denomina cistolitotomía.

La vía de abordaje que se utiliza a nivel renal y uréter alto es la lumbotomía (Zona abdominal posterior). Para el uréter bajo suele ser la ilioinguinal (ingle) y para la vesical suele ser la media por debajo del ombligo. En este último caso y para litiasis de moderado-pequeño tamaño la técnica a utilizar será endoscópica por vía transuretral.

BENEFICIOS QUE SE PRETENDEN CONSEGUIR CON ESTA INTERVENCIÓN.

Eliminación de los cálculos.

Desaparición de los síntomas y prevención de las posibles complicaciones producidas por los cálculos.

COMPLICACIONES.

No conseguir la extracción completa de todos los cálculos. Ello conlleva la necesidad de recurrir a tratamientos complementarios como la litotricia extracorpórea.

Recidiva de los cálculos.

Desarrollo de estenosis a nivel de la unión pieloureteral o bien a nivel de la zona donde se abre el uréter para extraer la piedra.

Atrofia del parenquima renal, con pérdida parcial de su función que en casos de pacientes con riñón único o riñón contralateral no funcional puede llevar a la necesidad de hemodiálisis.

Aparición de fistulas que producen colecciones de líquido en el espacio perirrenal que precisarán tratamiento.

Infección del riñón (pielonefritis, abscesos, pionefrosis, perinefritis) que pueden provocar complicaciones infecciosas generales como septicemia y bacteriemia.

Hemorragia importante durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio. Sus consecuencias dependerán del grado y del tratamiento que necesite.

Infección generalizada a nivel sanguíneo.

Problemas derivados de la herida quirúrgica: infección en sus diferentes grados. Apertura de la herida que puede necesitar una intervención secundaria. Hernia intestinal que puede necesitar una intervención secundaria. Fístulas permanentes o temporales. Defectos estéticos e intolerancia a los materiales de sutura. Neuralgias (dolores nerviosos), Hiperestésias o Hipoestésias (alteración de la sensibilidad).

Complicaciones pulmonares como consecuencia de la apertura del tórax: Neumonías, Infecciones, Hematomas Hemotorax, Neumotórax, Hernia diafrágica, parálisis diafrágica, Insuficiencia respiratoria.

Lesiones de otras vísceras (Intestino, bazo, hígado) a veces de consecuencias imprevisibles.

Lesiones vasculares importantes (vena cava, aorta, vasos suprarrenales, ect.)

- Problemas derivados de la Anestesia. El tipo y sus complicaciones serán informados por el Servicio de Anestesia cuando se realice el estudio preoperatorio.

SECUELAS:

- Dolores a nivel de la herida quirúrgica.
- Debilidad de la musculatura en la zona de la herida.
- Insuficiencia renal por déficit de función del riñón contralateral, que puede condicionar la necesidad de diálisis.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

EXPLORACIÓN URODINÁMICA

SERVICIO DE UROLOGÍA

El estudio se realiza para conocer de forma objetiva el estado funcional de la vejiga y esfínteres en relación a su capacidad de almacenamiento y evacuación de orina.

Se realiza en pacientes con problemas al orinar, en enfermedades neurológicas, traumatismos de columna vertebral, enfermos con incontinencia urinaria y dificultad para orinar miccional sin enfermedad aparente.

Se realiza de forma ambulatoria sin anestesia pero la exploración generalmente es tolerable.

La exploración requiere la colocación de sondas de pequeño calibre que van a medir presiones en vejiga, uretra y recto.

BENEFICIOS QUE SE PRETENDEN CONSEGUIR CON ESTA INTERVENCIÓN:

Evaluar el estado funcional de la vejiga y esfínteres.

COMPLICACIONES.

Molestias al orinar que no suele durar más de 24 horas.

Infección urinaria.

Presencia de sangre en la orina (hematuria).



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO

**FISTULORRAFÍA.
FÍSTULA VESICO-VAGINAL**

SERVICIO DE UROLOGÍA

La fistula vesical consiste en una comunicación anómala entre la vagina y la vejiga que ocasiona pérdidas urinarias sin control a través de la vagina. Su reparación consiste en la extirpación de la comunicación existente entre la vejiga y la vagina. Con posterioridad se procede al cierre de la pared vaginal y la pared vesical por separado.

En el postoperatorio que habitualmente es de 5-7 días es necesario dejar una sonda vesical y un tubo de drenaje que se retirarán en función de la evolución. Tras la retirada de la sonda aparecen pequeños trastornos (escozor, imperiosidad) que desaparecen en pocos días.

BENEFICIOS QUE SE PRETENDEN CONSEGUIR CON ESTA INTERVENCIÓN.

Evitar las pérdidas urinarias a través de vagina.

FRACASO DE LA TÉCNICA.

No conseguir el cierre de la fistula.

COMPLICACIONES.

Hemorragia importante durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio. Sus consecuencias dependerán del grado y del tratamiento que necesite. Puede precisar la administración de sangre con las complicaciones que ello conlleva.

Infección generalizada a nivel sanguíneo.

Problemas derivados de la herida quirúrgica: infección en sus diferentes grados. Apertura de la herida que puede necesitar una intervención secundaria. Hernia intestinal que puede necesitar una intervención secundaria. Fístulas permanentes o temporales. Defectos estéticos e intolerancia a los materiales de sutura.

Recidiva de la fistula en su evolución.

- Problemas derivados de la Anestesia. El tipo y sus complicaciones serán informados por el Servicio de Anestesia cuando se realice el estudio preoperatorio.

SECUELAS:

Disfunción sexual.

ALTERNATIVAS.

Tratamiento médico con medidas higiénicas



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

IMPLANTACIÓN DE ENDOPRÓTESIS URETRAL

SERVICIO DE UROLOGÍA

Consiste en colocar un dispositivo en la zona de estrechez de la uretra para solucionar la imposibilidad o dificultad de orinar. Se realiza con un aparato de endoscopia. Se suele indicar cuando han fallado otros tratamientos correctores de la enfermedad.

La prótesis es una malla cilíndrica de material biocompatible que una vez implantada se expande, amplía el calibre de la uretra estrecha y se incorpora progresivamente el tejido de la propia uretra. El postoperatorio es de 24 a 48 horas.

La colocación del dispositivo exige la práctica de un corte en la estrechez de la uretra.

BENEFICIOS QUE SE PRETENDEN CONSEGUIR CON ESTA INTERVENCIÓN.

Mejora de la calidad miccional. Chorro miccional de mayor calibre.
Supresión de la sonda vesical permanente si fuera portador de ella.
Supresión de la obstrucción urinaria y de las consecuencias sobre el aparato urinario.

FRACASO DE LA TÉCNICA.

No conseguir mejora en la calidad miccional.
No poder retirar la sonda vesical permanente si fuera portador de ella.
Desarrollo de una nueva estenosis que requerirá tratamiento posterior.

COMPLICACIONES.

Perforación de uretra(falsa vía) en el acto quirúrgico con extravasación de líquido y posibilidad de infección del mismo. De suceder esta complicación puede ser necesaria la práctica de otra intervención(derivación suprapúbica o colocación de una sonda por encima del pubis).

Hemorragia importante durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio. Sus consecuencias dependerán del grado y del tratamiento que necesite.

Infección generalizada a nivel sanguíneo.

Perforación de otros órganos(recto).

Intolerancia a la prótesis o movilización de la misma lo que implicará en la mayoría de los casos su retirada.

Obstrucción de la luz de la prótesis por la presencia de cálculos o por crecimiento del tejido uretral.

- Problemas derivados de la Anestesia. El tipo y sus complicaciones serán informados por el Servicio de Anestesia cuando se realice el estudio preoperatorio.

SECUELAS:

Incontinencia urinaria en sus diferentes grados, dependiendo de la localización de la estenosis.

Disfunción sexual.

Dolor perineal y/o peneano durante la erección.

ALTERNATIVAS.

Dilataciones uretrales.

Uretroplastias



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO

IMPLANTE DE PRÓTESIS DE TESTÍCULO

SERVICIO DE UROLOGÍA

El implante de una prótesis de testículo utiliza en el tratamiento de pacientes orquiectomizados (sin testículo) con anterioridad por diferentes patologías testiculares (tumores, orquitis, atrofas, etc).

La prótesis de testículo están constituidas de material sintético (silicona) y las hay de diferentes tamaños. Se utilizará la prótesis de tamaño similar al testículo contralateral.. Están compuestos de un material biocompatible generalmente bien tolerado.

La prótesis carece de funcionalidad hormonal y reproductora, sólo tiene una función estética.

La implantación se realiza de forma habitual con anestesia general y el postoperatorio suele ser de dos a cuatro días.

OBJETIVO:

Corregir el trastorno estético-psicológico del paciente tras la orquiectomía o la ausencia de testículo.

COMPLICACIONES:

- Retirada de la prótesis por un proceso infeccioso.
- Problemas o complicaciones derivadas de la herida quirúrgica como hemorragias, infección, neuralgias, fistulas, etc que conllevan la retirada de la prótesis.
- Dolor escrotal.

- Problemas derivados de la Anestesia. El tipo y sus complicaciones serán informados por el Servicio de Anestesia cuando se realice el estudio preoperatorio.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO

HIDROCELECTOMÍA PARA LA CORRECCIÓN DEL HIDROCELE

SERVICIO DE UROLOGÍA

Consiste en la evacuación del líquido que forma el hidrocele, así como el cierre de las cubiertas del testículo para que no se vuelva a rellenar de líquido. Dicha intervención se realiza a través de una incisión escrotal y se puede realizar con anestesia local.

El postoperatorio es de 1 a 3 días, retirándose un drenaje escrotal que se deja en el acto quirúrgico a las 24-48 horas.

BENEFICIOS QUE SE PRETENDEN CONSEGUIR CON ESTA INTERVENCIÓN:

- Hacer desaparecer el líquido acumulado en el escroto.
- Mejoría de las molestias que el hidrocele ocasiona.
- Mejora estética.

COMPLICACIONES.

- Hemorragia importante durante el acto quirúrgico y el postoperatorio que puede necesitar una reintervención.
 - En el postoperatorio inmediato pueden aparecer hematomas y edemas en el escroto y en el resto del área genital.
 - Infecciones en la zona quirúrgica.
 - Irregularidades del borde de la piel del escroto que solo en contadas ocasiones requieren solución quirúrgica mediante cirugía menor con anestesia local.
 - Necrosis cutáneas más extensas que en ocasiones pueden hacer necesaria su reconstrucción plástica mediante injertos cutáneos.
 - Falta de sensibilidad o hipersensibilidad, a veces dolorosa.
 - Dehiscencia de sutura (apertura de la herida).
 - Defectos estéticos.
 - Intolerancia a los materiales de sutura.
- Problemas derivados de la Anestesia. El tipo y sus complicaciones serán informados por el Servicio de Anestesia cuando se realice el estudio preoperatorio.**



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO

**IMPLANTE DE PRÓTESIS
DE PENE**

SERVICIO DE UROLOGÍA

El implante de una prótesis de pene se utiliza en el tratamiento de la disfunción eréctil (impotencia) que no responde a otras formas de tratamiento menos agresivas.

La prótesis de pene son unos cilindros semirrígidos o inflables de diferentes tamaños que se introducen en el interior del pene. Están compuestos de un material biocompatible generalmente bien tolerado.

No recupera la eyaculación ni el orgasmo si estos no están presentes previamente.

La prótesis produce una rigidez del pene de forma permanente u ocasional, dependiendo del tipo de prótesis, apropiada para realizar el coito.

La implantación se realiza de forma habitual con anestesia general y el postoperatorio suele ser de dos a cuatro días.

OBJETIVO:

Permitir una erección capaz de devolver una relación psicosexualmente satisfactoria.

COMPLICACIONES:

- No conseguir una erección satisfactoria.
 - Fallo mecánico de alguno de los componentes de la prótesis.
 - Perforación de las cubiertas del pene.
 - Retirada de la prótesis por infección.
 - Problemas o complicaciones derivadas de la herida quirúrgica como hemorragias, infección, dolores etc que conllevan la retirada de la prótesis.
 - Dolor peneano.
- Problemas derivados de la Anestesia. El tipo y sus complicaciones serán informados por el Servicio de Anestesia cuando se realice el estudio preoperatorio.**

ALTERNATIVAS:

- No existen al ser la última posibilidad terapéutica e el tratamiento de la impotencia sexual.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO

INMUNOTERAPIA POR T. RENAL

SERVICIO DE UROLOGÍA

El procedimiento consiste en la administración por vía subcutánea de Inmunomoduladores, que son sustancias que modifican la respuesta inmune, con el objetivo de combatir la enfermedad de base (tumor de riñón).

Dicha medicación se administra según un protocolo a una dosis adecuada.

EFFECTOS SECUNDARIOS:

Durante la administración de la medicación el paciente puede presentar efectos secundarios en diversos aparatos del organismo. En general los efectos secundarios más frecuentes son:

- Escalofríos, fiebre y malestar. Síndrome pseudogripal.
- Toxicidad renal.
- Toxicidad cardiaca.
- Toxicidad pulmonar.
- Toxicidad hematológica.(de la sangre)
- Toxicidad hepática.
- Alteraciones gastrointestinales: Náuseas, Vómitos, Diarrea .
- Síntomas neuropsiquiátricos.
- Efectos secundarios en la piel.

Se administrará durante el ciclo de tratamiento medicación encaminada a disminuir los síntomas originados por la posible toxicidad. No obstante la tolerancia al tratamiento depende asimismo de la situación clínica de cada paciente.

Durante el ciclo del tratamiento se realizarán controles analíticos para determinar si precisa el ajuste de dosis o la suspensión del mismo.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO

LUMBOTOMÍA EXPLORADORA

SERVICIO DE UROLOGÍA

Consiste en la exploración del riñón afecto con el fin de establecer la causa que origina el cuadro clínico. A su vez se intentará la resolución del mismo. Para ello realizamos una incisión llamada lumbotomía en la zona posterior del abdomen.

La cirugía puede acabar con la extirpación del riñón cuando se valore su no viabilidad. En ocasiones es posible que no se encuentre ningún hallazgo causante del cuadro clínico por lo que podemos vernos obligados a concluir la intervención sin realizar ninguna actuación resolutive.

La Lumbotomía en ocasiones exige la resección de la última costilla. Esta intervención es considerada una cirugía importante, su gravedad y dificultad depende de la enfermedad y de las características del enfermo(enfermos obesos, de edad avanzada, con problemas respiratorios, cardiacos, diabéticos ect.). El postoperatorio suele ser de 5 a 10 días.

BENEFICIOS QUE SE PRETENDEN CONSEGUIR CON ESTA INTERVENCIÓN.

Diagnostico.
Desaparición de los síntomas de dicho riñón.

FRACASO DE LA TÉCNICA.

No conseguir un diagnostico correcto.
Persistencia de los síntomas previos, total o parcialmente.

COMPLICACIONES.

Hemorragia importante durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio. Sus consecuencias dependerán del grado y del tratamiento que necesite. Puede precisar la administración de sangre con las complicaciones que conlleva.

Infección generalizada a nivel de la sangre.

Problemas derivados de la herida quirúrgica: infección en sus diferentes grados. Apertura de la herida que puede necesitar una intervención secundaria. Hernia intestinal que puede necesitar una intervención secundaria. Fístulas permanentes o temporales. Defectos estéticos e intolerancia a los materiales de sutura. Neuralgias (dolores nerviosos), Hiperestésias o Hipoestésias (alteraciones de la sensibilidad).

Complicaciones pulmonares como consecuencia de la apertura del tórax: Neumonías, Hemotórax, Neumotórax, Hernia diafragmática, parálisis diafragmática, Insuficiencia respiratoria, Píotórax.

Lesiones de otras vísceras(Instestino, bazo, hígado) a veces de consecuencias imprevisibles.

Lesiones vasculares importantes(vena cava, aorta, vasos suprarrenales, ect.)

Problemas derivados de la Anestesia. El tipo y sus complicaciones serán informados por el Servicio de Anestesia cuando se realice el estudio preoperatorio.

SECUELAS:

- Dolores a nivel de la herida quirúrgica.
- Debilidad de la musculatura en la zona de la incisión.
- Insuficiencia renal por déficit de función del riñón contralateral, que puede condicionar la necesidad de diálisis.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO

MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE RENAL

SERVICIO DE UROLOGÍA

La intervención consiste en la resección de la pared del quiste renal y posterior sutura de las paredes de este. No consiste en la exeresis complete del mismo.

La incisión que se utiliza es la Lumbotomía (En la zona abdominal posterior), La Lumbotomía exige en ocasiones la resección de la última costilla. Esta intervención es considerada una cirugía importante, su gravedad y dificultad depende de la enfermedad, y de las características del enfermo(enfermos obesos, de edad avanzada, con problemas respiratorios, cardiacos, diabéticos ect.). El postoperatorio suele ser de 5 a 15 días.

BENEFICIOS QUE SE PRETENDEN CONSEGUIR CON ESTA INTERVENCIÓN.

Desaparición del quiste renal.
Desaparición de los síntomas de dicho quiste.

FRACASO DE LA TÉCNICA.

No conseguir la extirpación del quiste.
Persistencia de los síntomas previos, total o parcialmente.

COMPLICACIONES.

Hemorragia importante durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio. Sus consecuencias dependerán del grado y del tratamiento que necesite. Puede precisar administración de sangre con las complicaciones que ello conlleva.

Infección generalizada a nivel de la sangre.

Problemas derivados de la herida quirúrgica: infección en sus diferentes grados. Apertura de la herida que puede necesitar una intervención secundaria. Hernia intestinal que puede necesitar una intervención secundaria. Fístulas permanentes o temporales. Defectos estéticos e intolerancia a los materiales de sutura. Neuralgias (dolores nerviosos), Hiperestésias o Hipoestésias (alteraciones de la sensibilidad).

Complicaciones pulmonares como consecuencia de la apertura del tórax: Neumonías, Hemotórax, Neumotórax, Hernia diafragmática, parálisis diafragmática, Insuficiencia respiratoria, Píotórax.

Lesiones de otras vísceras(Intestino, bazo, hígado) a veces de consecuencias imprevisibles.

Lesiones vasculares importantes(vena cava, aorta, vasos suprarrenales, ect.)

Necesidad de realizar una nefrectomía por problemas de sangrado.

- Problemas derivados de la Anestesia. El tipo y sus complicaciones serán informados por el Servicio de Anestesia cuando se realice el estudio preoperatorio.

SECUELAS:

- Dolores a nivel de la herida quirúrgica.
- Debilidad de la musculatura en la zona de la incisión.
- Insuficiencia renal por déficit de función del riñón contralateral ante una eventual nefrectomía, que puede condicionar la necesidad de diálisis.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO

MEATOTOMÍA

SERVICIO DE UROLOGÍA

La tècnica consiste en dar un corte a nivel del meato uretral con el fin de aumentar su calibre. Se dan puntos de material reabsorbible a fin de evitar la retracci3n de los tejidos con la consiguiente reestenosis.

Tràs la intervenci3n es preciso mantener una sonda uretral durante un periodo habitualmente de dos a cuatro dias. Se realiza con anestesia local no precisando encamamiento.

Para mantener el calibre uretral puede precisar posteriormente someterse a dilataciones peri3dicas, o a otros m3todos quir3rgicos alternativos.

BENEFICIOS QUE SE PRETENDEN CONSEGUIR CON ESTA INTERVENCI3N.

- Mejora de la calidad miccional. Aumento del calibre del chorro.
- Supresi3n de la sonda vesical permanente si fuera portador de ella.
- Supresi3n de la obstrucci3n urinaria y de las consecuencias sobre el aparato urinario.

FRACASO DE LA T3CNICA.

- No conseguir mejora en la calidad miccional.
- Desarrollo de una nueva estenosis que requerir3 tratamiento posterior.

COMPLICACIONES.

- Hemorragia importante durante el acto quir3rgico como en el postoperatorio. Sus consecuencias depender3n del grado y del tratamiento que necesite.
- Infecci3n

SECUELAS:

- Meato hiposp3dico mal situado.

ALTERNATIVAS.

- Dilataciones uretrales peri3dicas.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO

NEFRECTOMÍA

SERVICIO DE UROLOGÍA

La nefrectomía consiste en la extirpación de un riñón enfermo (ésta enfermedad puede ser Benigna o Maligna). Una modalidad de ésta intervención es la Nefrectomía parcial y se realizará cuando podemos conservar la parte sana del riñón. Otra modalidad es la Nefrectomía radical que se realiza ante patologías tumorales, en la que aparte del riñón se extraen todos los tejidos que lo rodean así como los ganglios del hilio, paracavos o paraaórticos dependiendo del lado que se extirpe el riñón.

Para una Nefrectomía simple, la incisión que se utiliza es la Lumbotomía (zona posterior del abdomen), mientras que en la Nefrectomía radical la incisión será una incisión subcostal más o menos ampliada. En ocasiones, la Lumbotomía exige la resección de la última costilla. Esta intervención es considerada una cirugía importante, su gravedad y dificultad depende de la enfermedad, (más grave en caso de tumores) y de las características del enfermo(enfermos obesos, de edad avanzada, con problemas respiratorios, cardíacos, diabéticos ect.). El postoperatorio suele ser de 5 a 10 días.

BENEFICIOS QUE SE PRETENDEN CONSEGUIR CON ESTA INTERVENCIÓN.

Desaparición del riñón enfermo.
Desaparición de los síntomas de dicho riñón.

FRACASO DE LA TÉCNICA.

No conseguir la extirpación del riñón.
Persistencia de los síntomas previos, total o parcialmente.

COMPLICACIONES.

Hemorragia importante durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio. Sus consecuencias dependerán del grado y del tratamiento que necesite. Puede ser precisa la administración de sangre con todas las complicaciones posibles derivadas de ello.

Infección generalizada a nivel de la sangre.

Problemas derivados de la herida quirúrgica: infección en sus diferentes grados. Apertura de la herida que puede necesitar una intervención secundaria. Hernia intestinal que puede necesitar una intervención secundaria. Fístulas permanentes o temporales. Defectos estéticos e intolerancia a los materiales de sutura. Neuralgias (dolores nerviosos), Hiperestésias o Hipoestésias (alteraciones de la sensibilidad).

Complicaciones pulmonares como consecuencia de la apertura del tórax: Neumonías, Hemotórax, Neumotórax, Hernia diafragmática, parálisis diafragmática, Insuficiencia respiratoria, Píotórax.

Lesiones de otras vísceras(Instestino, bazo, hígado) a veces de consecuencias imprevisibles.

Lesiones vasculares importantes(vena cava, aorta, vasos suprarrenales, ect.) que pueden originar la muerte.

- Problemas derivados de la Anestesia. El tipo y sus complicaciones serán informados por el Servicio de Anestesia cuando se realice el estudio preoperatorio.

SECUELAS:

Dolores a nivel de la herida quirúrgica.
Debilidad de la musculatura en la zona de la incisión.
Insuficiencia renal por déficit de función del riñón contralateral, que puede condicionar la necesidad de diálisis.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO

NEFRECTOMÍA PARCIAL
EN EL TRATAMIENTO DEL ADENOCA. RENAL

SERVICIO DE UROLOGÍA

La nefrectomía parcial o tumorectomía consiste en la extirpación de la porción tumoral del riñón enfermo con el doble fin de erradicar la enfermedad y de mantener la función renal.

La nefrectomía parcial se puede utilizar bien sea por necesidad imperiosa al no tener un riñón contralateral sano, o bien de forma electiva en casos muy seleccionados en donde la funcionalidad del otro riñón es normal.

La realización de la técnica electiva sólo será posible si durante el acto quirúrgico se constata la no afectación de los tejidos periféricos a la tumoración y si esta es técnicamente posible, pues en el caso contrario exigirá la realización de una cirugía radical con extirpación de todo el riñón. Esta misma situación puede acontecer en pacientes con un solo riñón (anatómicos o funcionales).

Para una Nefrectomía parcial, la incisión que se utiliza es la Lumbotomía, mientras que en la Nefrectomía radical la incisión será una incisión subcostal más o menos ampliada. En ocasiones, la Lumbotomía exige la resección de la última costilla.

A veces es necesario durante la intervención mantener al órgano sin riego sanguíneo lo que puede influir en su funcionamiento posterior. Esta intervención es considerada una cirugía importante, su gravedad y dificultad depende de la enfermedad, (más grave en caso de tumores) y de las características del enfermo (enfermos obesos, de edad avanzada, con problemas respiratorios, cardíacos, diabéticos ect.). El postoperatorio suele ser de 5 a 10 días.

BENEFICIOS QUE SE PRETENDEN CONSEGUIR CON ESTA INTERVENCIÓN.

Desaparición del tumor del riñón enfermo.
Desaparición de los síntomas de dicha tumoración.

FRACASO DE LA TÉCNICA.

No conseguir la extirpación de la tumoración.
Verse obligado a realizarse una nefrectomía completa
Persistencia de los síntomas previos, total o parcialmente.

COMPLICACIONES.

Hemorragia importante durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio. Sus consecuencias dependerán del grado y del tratamiento que necesite. Puede precisar la administración de sangre con todas las complicaciones que esto conlleva.

Infección generalizada a nivel sanguíneo.

Problemas derivados de la herida quirúrgica: infección en sus diferentes grados. Apertura de la herida que puede necesitar una intervención secundaria. Hernia intestinal que puede necesitar una intervención secundaria. Fistulas permanentes o temporales. Defectos estéticos e intolerancia a los materiales de sutura. Neuralgias (dolores nerviosos), Hiperestésias o Hipoestésias (alteración de la sensibilidad).

Complicaciones pulmonares como consecuencia de la apertura del tórax: Neumonías, Hemotórax, Neumotórax, Hernia diafragmática, parálisis diafragmática, Insuficiencia respiratoria, Píotórax.

Lesiones de otras vísceras (Intestino, bazo, hígado) a veces de consecuencias imprevisibles.

Lesiones vasculares importantes (vena cava, aorta, vasos suprarrenales, ect.).

- Problemas derivados de la Anestesia. El tipo y sus complicaciones serán informados por el Servicio de Anestesia cuando se realice el estudio preoperatorio.

SECUELAS:

Dolores nivel de la herida quirúrgica.

Debilidad de la musculatura en la zona de la incisión.

Insuficiencia renal por déficit de función del riñón contralateral si lo hubiese o del propio riñón conservado, que puede condicionar la necesidad de diálisis.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO

SERVICIO DE UROLOGÍA

NEFRECTOMÍA RADICAL
EN EL TRATAMIENTO DEL ADENOCARCINOMA RENAL

La nefrectomía consiste en la extirpación de un riñón afecto por una enfermedad en este caso Maligna. La Nefrectomía radical que se realiza ante patologías tumorales, en la que aparte del riñón se extraen todos los tejidos que lo rodean así como los ganglios del hilio, paracavos o paraaorticos dependiendo del lado que se extirpe el riñón.

La incisión será una incisión subcostal (abdominal) más o menos ampliada. Esta intervención es considerada una cirugía importante, su gravedad y dificultad depende de la enfermedad, (más grave en caso de tumores) y de las características del enfermo(enfermos obesos, de edad avanzada, con problemas respiratorios, cardiacos, diabéticos ect.). El postoperatorio suele ser de 5 a 10 días.

BENEFICIOS QUE SE PRETENDEN CONSEGUIR CON ESTA INTERVENCIÓN.

Desaparición del riñón enfermo.
Desaparición de los síntomas de dicho riñón.

FRACASO DE LA TÉCNICA.

No conseguir la extirpación del riñón.
Persistencia de los síntomas previos, total o parcialmente.

COMPLICACIONES.

Hemorragia importante durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio. Sus consecuencias dependerán del grado y del tratamiento que necesite. Puede ser precisa la administración de sangre con todas la complicaciones posibles derivadas de ello.

Infección generalizada a nivel de la sangre.

Problemas derivados de la herida quirúrgica: infección en sus diferentes grados. Apertura de la herida que puede necesitar una intervención secundaria. Hernia intestinal que puede necesitar una intervención secundaria. Fístulas permanentes o temporales. Defectos estéticos e intolerancia a los materiales de sutura. Neuralgias (dolores nerviosos), Hiperestésias o Hipoestésias (alteraciones de la sensibilidad).

Complicaciones pulmonares como consecuencia de la apertura del tórax: Neumonías, Hemotórax, Neumotórax, Hernia diafragmática, parálisis diafragmática, Insuficiencia respiratoria, Píotórax.

Lesiones de otras vísceras(Instestino, bazo, hígado) a veces de consecuencias imprevisibles.

Lesiones vasculares importantes(vena cava, aorta, vasos suprarrenales, ect.) que pueden originar la muerte.

- Problemas derivados de la Anestesia. El tipo y sus complicaciones serán informados por el Servicio de Anestesia cuando se realice el estudio preoperatorio.

SECUELAS:

Dolores a nivel de la herida quirúrgica.
Debilidad de la musculatura en la zona de la incisión.
Insuficiencia renal por déficit de función del riñón contralateral, aue puede condicionar la necesidad de diálisis.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO

NEFROLITOTOMÍA PERCUTANEA

SERVICIO DE UROLOGÍA

Consiste en la extracción de cálculos renales mediante un nefroscopio y dispositivos de ultrasonidos que fragmentan los cálculos y aspiran los mismos. Se introduce en el riñón a través de una pequeña incisión en la zona lumbar.

Se realiza con anestesia general. El procedimiento se termina dejando una sonda a nivel de la incisión que se mantiene aproximadamente 24-48 horas.

En ocasiones para la total eliminación del cálculo es preciso complementar más adelante la intervención con sesiones de litotricia extracorporea por ondas de choque, u otros procedimientos.

OBJETIVO:

Eliminación de los cálculos del riñón enfermo.
Desaparición de la sintomatología y complicaciones derivada de la litiasis renal.

COMPLICACIONES:

Hemorragia tanto en la intervención como en el postoperatorio. Puede ser necesaria la administración de sangre con las complicaciones que ello conlleva.

Perforación de la vía urinaria.

Lesiones de las estructuras próximas al riñón.

Infección del riñón y de la vía urinaria.

Aparición de fístulas: Urinarias, arterio-venosas renales, intestinales.

Afectación de la función renal.

Infección generalizada a nivel sanguíneo.

- Problemas derivados de la Anestesia. El tipo y sus complicaciones serán informados por el Servicio de Anestesia cuando se realice el estudio preoperatorio.

A largo plazo: Recidiva de la litiasis.

ALTERNATIVAS:

Cirugía abierta.

Litotricia extracorporea.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO

**NEFROPEXIA EN EL TRATAMIENTO
DE LA PTOSIS RENAL**

SERVICIO DE UROLOGÍA

La nefropexia consiste en la fijación del riñón a las estructuras vecinas con el fin de que este no descienda de su posición habitual cuando el paciente está en posición de bipedestación (Ptosis renal.).

Para una Nefropexia, la incisión que se utiliza es la Lumbotomía, aunque siempre que sea posible es mejor utilizar una incisión vertical posterior (en la espalda) con el fin de no seccionar la musculatura lumbar. Esta intervención es considerada una cirugía importante, su gravedad y dificultad depende de las características del enfermo (enfermos obesos, de edad avanzada, con problemas respiratorios, cardíacos, diabéticos ect.). El postoperatorio suele ser de 5 a 10 días.

BENEFICIOS QUE SE PRETENDEN CONSEGUIR CON ESTA INTERVENCIÓN.

Desaparición de la sintomatología dolorosa achacable al riñón ptósico (descolgado o caído).

FRACASO DE LA TÉCNICA.

No conseguir la extirpación o la fijación del riñón.
Persistencia de los síntomas previos, total o parcialmente.

COMPLICACIONES.

Hemorragia importante durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio. Sus consecuencias dependerán del grado y del tratamiento que necesite.

Infección generalizada a nivel sanguíneo.

Problemas derivados de la herida quirúrgica: infección en sus diferentes grados. Apertura de la herida que puede necesitar una intervención secundaria. Hernia intestinal que puede necesitar una intervención secundaria. Fistulas permanentes o temporales. Defectos estéticos e intolerancia a los materiales de sutura. Neuralgias (dolores nerviosos), Hiperestésias o Hipoestésias (alteraciones de la sensibilidad).

Complicaciones pulmonares como consecuencia de la apertura del tórax: Neumonías, Hemotórax, Neumotórax, Hernia diafragmática, parálisis diafragmática, Insuficiencia respiratoria, Pletotórax.

Lesiones de otras vísceras (Intestino, bazo, hígado) a veces de consecuencias imprevisibles.

Lesiones vasculares importantes (vena cava, aorta, vasos suprarrenales, ect.)

- Problemas derivados de la Anestesia. El tipo y sus complicaciones serán informados por el Servicio de Anestesia cuando se realice el estudio preoperatorio.

SECUELAS:

Dolores a nivel de la herida quirúrgica.
Debilidad de la musculatura en la zona de la incisión.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO

NEFROSTOMÍA PERCUTANEA

SERVICIO DE UROLOGÍA

Es una intervención que consiste en la colocación de un catéter(tubo) de fino calibre en el riñón a través de un pequeño orificio en la piel de la zona lumbar.

Tiene dos finalidades:

- a.- Evacuar la orina del riñón cuando existe una dificultad para el paso de la orina hasta la vejiga.
- b.- Introducir contraste para estudiar la morfología de la vía urinaria, tomar presiones dentro del órgano y valorar cuales son las posibilidades de recuperación del órgano patológico.

Se realiza con anestesia local.

El tiempo de permanencia es variable dependiendo de la causa que motiva su colocación. En ocasiones es la única manera de mantener la funcionalidad del órgano.

OBJETIVOS:

Derivación de la orina del riñón obstruido.
Realización de estudios para diagnosticar la causa de la obstrucción.

COMPLICACIONES:

Reacciones alérgicas al anestésico local.
Reacciones vagales: lipotimias, paradas cardiorespiratorias.
Infección generalizada a nivel sanguíneo.
Perforación de otras vísceras con el riesgo de hemorragia e incluso peritonitis.
Hemorragias en sus diferentes grados de gravedad.
Rotura de instrumentos o de catéteres que pueden quedar en el interior de la vía urinaria.

ALTERNATIVAS:

Nefrostomía abierta quirúrgica.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO

NEFROURETERECTOMÍA

SERVICIO DE UROLOGÍA

La nefroureterectomía es considerada la técnica de elección para los tumores de urotelio superior. Sólo en casos muy seleccionados se puede adoptar una actitud conservadora. Consiste en la extirpación del riñón afecto el uréter así como una zona de la vejiga urinaria (pastilla vesical). Se suele acompañar de la extracción de los ganglios del hilio, paracavos o paraaórticos dependiendo del lado que se extirpe el riñón.

La incisión que se utiliza es la media anterior (vía abdominal). Esta intervención es considerada una cirugía importante, su gravedad y dificultad depende de la extensión de la enfermedad y de las características del enfermo (enfermos obesos, de edad avanzada, con problemas respiratorios, cardíacos, diabéticos ect.). El postoperatorio suele ser de 5 a 10 días.

BENEFICIOS QUE SE PRETENDEN CONSEGUIR CON ESTA INTERVENCIÓN.

Desaparición de la vía urinaria afectada por la tumoración.
Desaparición de los síntomas.

FRACASO DE LA TÉCNICA.

No conseguir la extirpación completa.
Persistencia de los síntomas previos, total o parcialmente.

COMPLICACIONES.

Hemorragia importante durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio. Sus consecuencias dependerán del grado y del tratamiento que necesite. Puede precisar la administración de sangre con las complicaciones que esto conlleva.

Infección generalizada a nivel de la sangre.

Problemas derivados de la herida quirúrgica: infección en sus diferentes grados. Apertura de la herida que puede necesitar una intervención secundaria. Hernia intestinal que puede necesitar una intervención secundaria. Fístulas permanentes o temporales. Defectos estéticos e intolerancia a los materiales de sutura. Neuralgias (dolores nerviosos), Hiperestésias o Hipoestésias (alteración de la sensibilidad).

Complicaciones pulmonares como consecuencia de la apertura del tórax: Neumonías, Hemotórax, Neumotórax, Hernia diafragmática, parálisis diafragmática, Insuficiencia respiratoria, Píotórax.

Lesiones de otras vísceras (Intestino, bazo, hígado) a veces de consecuencias imprevisibles.
Lesiones vasculares importantes (vena cava, aorta, vasos suprarrenales, ect.)

- Problemas derivados de la Anestesia. El tipo y sus complicaciones serán informados por el Servicio de Anestesia cuando se realice el estudio preoperatorio.

SECUELAS:

Dolor a nivel de la herida quirúrgica.
Debilidad de la musculatura en la zona de la incisión.
Insuficiencia renal por déficit de función del riñón contralateral, que puede condicionar la necesidad de diálisis.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO

**TEST DE
NEUROMODULACIÓN SACRA**

SERVICIO DE UROLOGÍA

Es una alternativa terapéutica no destructiva y reversible indicada en pacientes con dificultad crónica para orinar en los que los tratamientos conservadores han resultado ineficaces.

Con este test evaluamos la integridad orgánica y funcional de las fibras somáticas motoras y funcionales de las raíces sacras.

El test se realiza con anestesia local.

BENEFICIOS QUE SE PRETENDEN CONSEGUIR CON ESTA INTERVENCIÓN.

Corregir o mejorar la sintomatología secundaria a la disfunción miccional crónica que se padezca.

FRACASO DE LA TÉCNICA.

Persistencia de los síntomas de la disfunción miccional crónica.

No localizar el orificio sacro adecuado (S3).

COMPLICACIONES.

- Desplazamiento del electrodo(11,8%).
- Desconexión del electrodo temporal del estimulador externo(2,6%).
- Dolor temporal en la zona de punción(2,1%).
- Cambio en el tránsito intestinal o función de vaciado vesical(0,6%).
- Infección o irritación de la piel (0,6%).

ALTERNATIVA.

Agotar posibilidades del tratamiento quirúrgico más agresivos.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO

ORQUIDOPEXIA

SERVICIO DE UROLOGÍA

La intervención se realiza en aquellos casos en los que el testículo no desciende a la bolsa escrotal quedándose en el canal inguinal o dentro del abdomen.

Hay que localizar el testículo, descenderlo y fijarlo a la bolsa escrotal. Puede existir imposibilidad técnica y anatómica para conseguir el descenso a la bolsa, por lo que pueden ser necesarias varias intervenciones.

Todo testículo que permanece años fuera de la bolsa escrotal sufre procesos de atrofia y tiene mayor tendencia a la degeneración maligna, por lo que en algunos casos es necesario extirparlo, sobre todo en adultos.

La intervención se suele realizar con anestesia general y la incisión se realiza a nivel inguinal. El postoperatorio es de 1 a 3 días.

BENEFICIOS QUE SE PRETENDEN CONSEGUIR CON ESTA INTERVENCIÓN:

Descenso del testículo a la bolsa escrotal.
Corrección de hernia si además existe la misma.
Mejoría de la fertilidad futura del paciente.
Evitar la posible malignización del testículo intrabdominal.

COMPLICACIONES.

- Hemorragia importante durante el acto quirúrgico y el postoperatorio que puede necesitar una reintervención.
- No conseguir el descenso testicular.
- Atrofia testicular secundaria a la manipulación quirúrgica.
- En el postoperatorio inmediato pueden aparecer hematomas y edemas en el escroto y en el resto del área genital.
- Infecciones en la zona quirúrgica.
- Irregularidades del borde de la piel del escroto que solo en contadas ocasiones requieren solución quirúrgica mediante cirugía menor con anestesia local.
- Necrosis cutáneas más extensas que en ocasiones pueden hacer necesaria su reconstrucción Plástica mediante injertos cutáneos.
- Falta de sensibilidad o hipersensibilidad, a veces dolorosa.
- Dehiscencia de sutura (apertura de la herida).
- Defectos estéticos.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Hernia inguinal secundaria.

- Problemas derivados de la Anestesia. El tipo y sus complicaciones serán informados por el Servicio de Anestesia cuando se realice el estudio preoperatorio.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO

ORQUIECTOMÍA

SERVICIO DE UROLOGÍA

Consiste en la extirpación total o parcial del testículo. Si es total se extirpa el testículo el epidídimo y parte de cordón inguinal. La orquiectomía total se indica en el tratamiento de procesos tumorales, infecciosos o en casos de atrofia testicular previamente a la colocación de una prótesis si el paciente así lo desea.

La incisión se practicará en el escroto o bien a nivel inguinal dependiendo de la patología testicular a tratar.

BENEFICIOS QUE SE PRETENDEN CONSEGUIR CON ESTA INTERVENCIÓN:

Eliminación del testículo enfermo.

Desaparición de los síntomas dependientes de dicho teste enfermo.

COMPLICACIONES.

- Hemorragia importante durante el acto quirúrgico y el postoperatorio que puede necesitar una reintervención.
- En el postoperatorio inmediato pueden aparecer hematomas y edemas en el escroto y en el resto del área genital.
- Infecciones en la zona quirúrgica.
- Irregularidades del borde de la piel del escroto que solo en contadas ocasiones requieren solución quirúrgica mediante cirugía menor con anestesia local.
- Necrosis cutáneas más extensas que en ocasiones pueden hacer necesaria su reconstrucción plástica mediante injertos cutáneos.
- Falta de sensibilidad o hipersensibilidad, a veces dolorosa.
- Dehiscencia de sutura (apertura de la herida).
- Defectos estéticos.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Hernia inguinal secundaria.
- **Problemas derivados de la Anestesia. El tipo y sus complicaciones serán informados por el Servicio de Anestesia cuando se realice el estudio preoperatorio.**



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO

SERVICIO DE UROLOGÍA

PENECTOMÍA

La penectomía consiste en la extirpación del pene para el tratamiento habitualmente de patologías malignas a este nivel. Según la cantidad de tejido que sea necesaria extirpar hablaremos de glandectomía, penectomía parcial, penectomía parcial o emasculación donde además del pene exige la extirpación de los testículos y de la bolsa escrotal. Exige además la creación de un nuevo meato uretral que se realizará en el muñón peneano, salvo en la emasculación que se realizará en el periné (tras los testículos).

Al margen de la cirugía sobre el pene puede ser necesaria la actuación sobre los ganglios linfáticos inguinales con el fin de controlar mejor la enfermedad tumoral que estamos tratando.

El postoperatorio suele ser de dos a cuatro días.

OBJETIVO:

Eliminar la enfermedad tumoral.

COMPLICACIONES:

Disfunción sexual con las posibles secuelas a nivel psicológico que esta situación conlleva.

Problemas o complicaciones derivadas de la herida quirúrgica como hemorragias, infección, neuralgias, fistulas, etc.

Dolor peneano.

Complicaciones evolutivas a nivel del nuevo meato uretral (estenosis).

Trastornos psicológicos que pueden exigir tratamiento por parte de un especialista.

- Problemas derivados de la Anestesia. El tipo y sus complicaciones serán informados por el Servicio de Anestesia cuando se realice el estudio preoperatorio.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

SERVICIO DE UROLOGÍA

PIELOPLASTIA

El objetivo es resolver la estrechez pieloureteral, que es la zona por donde la orina sale del riñón hacia el uréter.

La intervención precisa anestesia General y se accede al riñón a través de una incisión denominada lumbotomía. Una vez localizada la zona estrecha se extirpa y se vuelve a unir la pelvis renal y el uréter.

En ocasiones se coloca sonda por la espalda hasta el riñón para un mejor control evolutivo. Se retira pasados unos 5-7 días. También puede colocarse un catéter interno (doble J) que luego se extraerá por cistoscopia.

El postoperatorio suele ser de 1 semana.

OBJETIVOS:

Aumentar el calibre de la unión pieloureteral evitando el deterioro de la función de dicho riñón.
Desaparición de la sintomatología que la enfermedad ocasiona.

COMPLICACIONES:

Por complicaciones del procedimiento puede ser necesaria la extirpación del riñón.
Hemorragia que puede precisar transfusión de sangre tanto en el acto quirúrgico como en el postoperatorio. Puede requerir la administración de sangre con las complicaciones que esto conlleva.

Infección generalizada a nivel sanguíneo.

Lesión de grandes vasos con riesgo vital.

Lesiones de órganos vecinos.

Fibrosis y reestenosis a largo plazo.

Problemas y complicaciones derivados de la herida quirúrgica:

Infección en sus diferentes grados de severidad

Apertura de la herida que puede precisar una intervención.

Hernia .

Fístulas temporales o definitivas

Defectos estéticos

Intolerancia a los materiales de sutura

Neuralgias, hiper o hipoestesias (Dolores). Debilidad muscular (Hipotonía).

- Problemas derivados de la Anestesia. El tipo y sus complicaciones serán informados por el Servicio de Anestesia cuando se realice el estudio preoperatorio.

OPCIONES:

Endopielotomía percutánea.

Endopielotomía endoscópica retrograda.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO

POSTECTOMÍA. FIMOSIS

SERVICIO DE UROLOGÍA

Consiste en la eliminación del prepucio redundante a nivel del pene (fimosis). Dicha intervención se realiza con anestesia local y de forma ambulatoria. Se reconstruye el prepucio mediante sutura de material reabsorbible y sólo precisará cural locales tras la intervención.

BENEFICIOS QUE SE PRETENDEN CONSEGUIR CON ESTA INTERVENCIÓN:

Hacer desaparecer el prepucio redundante que ocasiona molestias.

En etapas precoces de la vida previene la aparición de neoplasias penianas.

Previene los cuadros de parafimosis.

COMPLICACIONES.

Hemorragia importante durante el acto quirúrgico y el postoperatorio que puede necesitar una reintervención.

En el postoperatorio inmediato pueden aparecer hematomas y edemas en el prepucio y pene.

Infecciones en la zona quirúrgica.

Irregularidades del borde de la piel que solo en contadas ocasiones requieren solución quirúrgica mediante cirugía menor con anestesia local.

Necrosis cutáneas más extensas que en ocasiones pueden hacer necesaria su reconstrucción plástica mediante injertos cutáneos.

Falta de sensibilidad ò hipersensibilidad, a veces dolorosa.

Dehiscencia de sutura (apertura de la herida).

Defectos estéticos.

Intolerancia a los materiales de sutura.

Complicaciones derivadas de la anestesia local.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROSTATECTOMÍA RADICAL

SERVICIO DE UROLOGÍA

Consiste en la extirpación total de la próstata junto con las vesículas seminales y se indica para tratar un tumor maligno localizado dentro de la próstata con intenciones curativas.

Se realiza a través de una incisión abdominal por encima del pubis. Durante el acto quirúrgico y a la vista de los hallazgos el cirujano puede decidir no realizarla, por estar la enfermedad más avanzada de lo previsto. En éste caso el paciente se someterá a otras alternativas también efectivas, para el control de la enfermedad.

Si se lleva la intervención a término también se extraerán los ganglios linfáticos pélvicos relacionados con la próstata.

El postoperatorio habitual es de 7 a 10 días en función de la evolución y del tiempo que sea necesario mantener el drenaje situado en el área operada. Al alta el paciente será portador de sonda uretral, que se retirará tras control a los 21 días de la intervención.

BENEFICIOS QUE SE PRETENDEN CONSEGUIR CON ESTA INTERVENCIÓN.

Eliminación de la próstata enferma.

Desaparición de los síntomas derivados de la enfermedad con intención curativa a largo plazo.

FRACASO DE LA TÉCNICA.

No poder conseguir la extirpación de la próstata.

COMPLICACIONES.

Hemorragia importante durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio. Sus consecuencias dependerán del grado y del tratamiento que necesite. Puede requerir la administración de sangre con todas las complicaciones derivadas de ello.

Infección generalizada a nivel sanguíneo.

Problemas derivados de la herida quirúrgica: infección en sus diferentes grados. Apertura de la herida que puede necesitar una intervención secundaria. Hernia que puede necesitar una intervención secundaria. Fístulas urinarias permanentes o temporales. Defectos estéticos e intolerancia a los materiales de sutura. Neuralgias (dolores nerviosos), Hiperestésias o Hipoestésias (alteraciones de la sensibilidad).

Complicaciones abdominales a consecuencia de la apertura del abdomen: parálisis intestinal pasajera o permanente, obstrucción intestinal que precise reintervención con resultados imprevisibles, peritonitis que puede conllevar una nueva cirugía e incluso la muerte.

- Problemas derivados de la Anestesia. El tipo y sus complicaciones serán informados por el Servicio de Anestesia cuando se realice el estudio preoperatorio.

SECUELAS:

Disfunción eréctil.

Incontinencia urinaria inicial con tendencia a la curación, aunque en un 20% de los pacientes puede persistir un cierto grado de incontinencia, sobre todo en los cambios posturales y los esfuerzos, por lo que pueden necesitar dispositivos absorbentes.

Problemas derivados de la Linfadenectomía : lesiones vasculares, perforaciones, linfocelos (coleciones de linfa), lesiones ureterales.

Dolorosa nivel de la herida quirúrgica.

Debilidad de la musculatura en la zona de la incisión.

ALTERNATIVAS.

Radioterapia.

Tratamiento hormonal.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

SERVICIO DE UROLOGÍA

PUNCIÓN - DRENAJE

DE COLECCIONES PERIPROSTÁTICAS ECODIRIGIDA POR TRANSRECTAL

Consiste en la punción-drenaje de colecciones patológicas periprostáticas con fines diagnósticos o terapéuticos mediante un agujero que se guía habitualmente por un ecógrafo. En la mayoría de las ocasiones se realiza sin anestesia. Se introduce una sonda rectal de ultrasonidos a través del ano y a través de la mucosa rectal mediante una aguja se puncionan y drenan las colecciones.

COMPLICACIONES:

Generales: Reacciones alérgicas al anestésico local. Cuadros de infección generaliza.

Locales: Hematuria(sangre con la orina).

Uretrorragia: Sangre por la uretra.

Rectorragia: .Sangre con la heces.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO

PUNCIÓN EVACUACIÓN DE QUISTE RENAL

SERVICIO DE UROLOGÍA

Es una intervención que consiste en la punción a través de una aguja de cualquier formación quística a nivel de riñón a través de un pequeño orificio en la piel de la zona lumbar. Tiene dos finalidades:

- a.- Evacuar el contenido del quiste para su estudio citológico y bacteriológico.
- b.- En ocasiones tiene fines terapéuticos. Se puede introducir alguna sustancia esclerosante con el fin de que la formación no se vuelva a rellenar.

Se realiza con anestesia local.

OBJETIVOS:

Realización de estudios para diagnosticar la naturaleza de la formación.
Tratamiento de la formación quística

COMPLICACIONES:

Reacciones alérgicas al analgésico local.
Reacciones vagales: lipotimias, paradas cardiorespiratorias.
Infección generalizada a nivel sanguíneo.
Perforación de otras vísceras con el riesgo de hemorragia e incluso peritonitis.
Hemorragias en sus diferentes grados de gravedad.
Rotura de instrumentos o de catéteres que pueden quedar en el interior de la vía.

ALTERNATIVAS:

Marsupialización mediante cirugía abierta.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

QUISTECTOMÍA ESCROTAL

SERVICIO DE UROLOGÍA

Consiste en la extirpación de la patología quística que se desarrolla a nivel escrotal. Dicha intervención se realiza a través de una incisión escrotal y se realiza habitualmente con anestesia local.

El postoperatorio es de 1 a 3 días, retirándose un drenaje escrotal que se deja en el acto quirúrgico a las 24-48 horas.

BENEFICIOS QUE SE PRETENDEN CONSEGUIR CON ESTA INTERVENCIÓN:

- Hacer desaparecer el quiste escrotal.
- Mejoría de las molestias que el quiste ocasiona.
- Mejora estética.

COMPLICACIONES.

- Hemorragia importante durante el acto quirúrgico y el postoperatorio que puede necesitar una reintervención.
- En el postoperatorio inmediato pueden aparecer hematomas y edemas en el escroto y en el resto del área genital.
- Infecciones en la zona quirúrgica.
- Irregularidades del borde de la piel del escroto que solo en contadas ocasiones requieren solución quirúrgica mediante cirugía menor con anestesia local.
- Necrosis cutáneas más extensas que en ocasiones pueden hacer necesaria su reconstrucción plástica mediante injertos cutáneos.
- Falta de sensibilidad o hipersensibilidad, a veces dolorosa.
- Dehiscencia de sutura (apertura de la herida).
- Defectos estéticos.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- **Problemas derivados de la Anestesia. El tipo y sus complicaciones serán informados por el Servicio de Anestesia cuando se realice el estudio preoperatorio.**



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO

**RESECCIÓN TRANSURETRAL
DE PRÓSTATA (R. T. U. P.)**

SERVICIO DE UROLOGÍA

La resección transuretral consiste en la extirpación de parte de la próstata. Se practica cuando existe un crecimiento benigno o un crecimiento maligno que obstruye la región de salida de la vejiga y dificulta o impide orinar. El paciente quedará ingresado de 3 a 6 días durante los cuales llevará sonda. Una vez retirada ésta realizará micciones con pequeños trastornos (escozor, imperiosidad) que irán desapareciendo.

BENEFICIOS QUE SE PRETENDEN CONSEGUIR CON ESTA INTERVENCIÓN.

Mejora de la calidad miccional. Aumento del calibre del chorro miccional.
Supresión de la sonda vesical permanente si fuera portador de ella.
Supresión de la obstrucción urinaria y de las consecuencias sobre el aparato urinario.

FRACASO DE LA TÉCNICA.

No conseguir mejora en la calidad miccional.
No poder retirar la sonda vesical permanente si fuera portador de ella.

COMPLICACIONES.

Hemorragia importante durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio. Sus consecuencias dependerán del grado y del tratamiento que necesite. Puede requerir la administración de sangre con las complicaciones que esto conlleva.

Infección generalizada a nivel sanguíneo

Perforación de víscera hueca durante el acto quirúrgico (recto, intestino, vejiga).

Síndrome de reabsorción líquida por el trasvase de líquido de irrigación al torrente sanguíneo. Su gravedad es variable, pero no se puede descartar la posibilidad de muerte.

- Problemas derivados de la Anestesia. El tipo y sus complicaciones serán informados por el Servicio de Anestesia cuando se realice el estudio preoperatorio.

SECUELAS:

Incontinencia urinaria en sus diferentes grados, por lesión del mecanismo esfinteriano distal.

Disfunción sexual.

Eyaculación retrógrada con probable infertilidad. El eyaculado va a la vejiga no al exterior.

Estenosis uretral o esclerosis cervical que provoca una nueva enfermedad que requiere tratamiento posterior.

Sintomatología miccional irritativa de difícil manejo.

ALTERNATIVAS.

Adenomectomía abierta dependiendo del volumen prostático.

Tratamiento médico.

Sonda permanente.

Prótesis intraprostática.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO

**RESECCIÓN TRANSURETRAL
DE VEJIGA (R. T. U. V.)**

SERVICIO DE UROLOGÍA

Consiste en la extirpación de pequeños fragmentos de tejido vesical mediante un aparato que se introduce por la uretra y se llama resector. Su indicación fundamental es el tratamiento de los tumores vesicales, aunque también se utiliza para el diagnóstico de lesiones sospechosas o control biopsico tras tratamiento de tumores vesicales.

Puede ser el método de tratamiento de los tumores vesicales que sean superficiales, aunque después de la cirugía precisen instilaciones endovesicales profilácticas en función de la histología y las características generales del paciente. En caso de tumores infiltrantes, el tratamiento se completa con otros procedimientos (Cistectomía, quimioterapia, radioterapia o la combinación de éstos). El postoperatorio normal, es de 2 a 5 días en función de la agresividad de la resección, y de la evolución. Al retirar la sonda, es frecuente notar escozor e incluso sangrado en las primeras micciones que poco a poco irá desapareciendo.

BENEFICIOS QUE SE PRETENDEN CONSEGUIR CON ESTA INTERVENCIÓN.

- Cese de la hematuria (sangrado por la orina).
- Eliminación de la masa tumoral.
- Diagnóstico de lesiones sospechosas.
- Determinación del grado de infiltración y grado de malignidad de los tumores vesicales.

LIMITACIONES DE LA TÉCNICA.

No poder eliminar toda la masa tumoral y que se requieran nuevas sesiones de resección.

COMPLICACIONES.

- Hemorragia importante en el acto quirúrgico como en el postoperatorio. Sus consecuencias dependerán del grado y del tratamiento que necesite. Puede ser precisa la administración de sangre con las complicaciones derivadas de ello.
- Infección generalizada a nivel sanguíneo.
- Perforación de víscera hueca durante el acto quirúrgico (recto, intestino, vejiga).
- Síndrome de reabsorción líquida por el trasvase de líquido de irrigación al torrente sanguíneo. Su gravedad es variable, pero no se puede descartar la posibilidad de muerte.
- **Problemas derivados de la Anestesia. El tipo y sus complicaciones serán informados por el Servicio de Anestesia cuando se realice el estudio preoperatorio.**

SECUELAS:

- Incontinencia urinaria en sus diferentes grados.
- Disfunción sexual.
- Estenosis uretral, que provoca una nueva enfermedad que requiere tratamiento posterior.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

URETEROSCOPIA

SERVICIO DE UROLOGÍA

La técnica se realiza a través de un ureteroscopio con el cual vemos el interior del uréter. Se accede a los uréteres a través de los meatos ureterales a través de la vejiga.

Se indica ante la presencia de una uropatía obstructiva a nivel ureteral bajo por diferentes causas (litiasis, tumores coágulos, etc). El fin de la ureteroscopia puede ser para confirmar un diagnóstico o bien para resolver el problema obstructivo y/o orgánico. Para resolver la patología obstructiva utilizamos diferentes métodos todos ellos endoscópicos (si necesidad de herida).

Cabe la posibilidad que ante la existencia de una complicación importante sea necesario reconvertir la técnica a una cirugía abierta.

BENEFICIOS QUE SE PRETENDEN CONSEGUIR CON ESTA INTERVENCIÓN:

- Desobstruir la vía urinaria permitiendo la correcta funcionalidad del riñón afecto por la patología obstructiva (litiasis, tumor, etc).
- Calmar el dolor y los síntomas derivados de la obstrucción.

COMPLICACIONES.

- No conseguir llegar acceder al uréter.
- Hemorragia importante durante el acto quirúrgico y el postoperatorio.
- Infecciones.
- Infección generalizada a nivel sanguíneo Perforación de la vía urinaria.
- No poder resolver el problema obstructivo.
- No extracción de la litiasis.
- **Problemas derivados de la Anestesia. El tipo y sus complicaciones serán informados por el Servicio de Anestesia cuando se realice el estudio preoperatorio.**



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

SERVICIO DE UROLOGÍA

URETROPLASTIA

La técnica consiste en la reconstrucción de la uretra a nivel del pene o periné con escisión en ocasiones del segmento que presenta la estenosis.

Dependiendo de la localización y longitud de la estrechez se puede realizar la reconstrucción en un solo tiempo o bien puede ser preciso dejar la uretra abierta para facilitar su regeneración, procediendo a la reconstrucción definitiva en un segundo tiempo.

Existe la posibilidad de reconstrucción termino-terminal o la utilización de colgajos cutáneos o de tejidos de otras localizaciones (mucosa bucal, vesical, prepucial) para dicha reconstrucción.

Tras la cirugía deberá llevar sonda uretral o drenaje suprapúbico durante un tiempo, incluso será dado de alta con ella, dependiendo del tipo de intervención.

BENEFICIOS QUE SE PRETENDEN CONSEGUIR CON ESTA INTERVENCIÓN.

Mejora de la calidad miccional. Aumento de calibre del chorro miccional.
Supresión de la sonda vesical permanente si fuera portador de ella.
Supresión de la obstrucción urinaria y de las consecuencias sobre el aparato urinario.

FRACASO DE LA TÉCNICA.

No conseguir mejora en la calidad miccional.
No poder retirar la sonda vesical permanente si fuera portador de ella.
Desarrollo de una nueva estenosis que requerirá tratamiento posterior.

COMPLICACIONES.

Hemorragia importante durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio. Sus consecuencias dependerán del grado y del tratamiento que necesite. Puede requerir administración de sangre con los problemas derivados de la misma.

Perforación de otros órganos(recto).
Necrosis de los colgajos utilizados, con fracaso de la técnica.

- Problemas derivados de la Anestesia. El tipo y sus complicaciones serán informados por el Servicio de Anestesia cuando se realice el estudio preoperatorio.

SECUELAS:

Incontinencia urinaria en sus diferentes grados, dependiendo de la localización de la estenosis
Disfunción sexual(impotencia).

ALTERNATIVAS.

Dilataciones uretrales periódicas.
Uretrotomía endoscópica, según los casos.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO

URETROTOMÍA ENDOSCÓPICA

SERVICIO DE UROLOGÍA

La técnica se realiza introduciendo un aparato de endoscopia (Uretrotomo) por la uretra con un cuchillete que nos va a permitir seccionar la zona de estenosis.

Trás la intervención es preciso mantener una sonda uretral durante un periodo habitualmente de siete-diez días. El alta se realizará a las 24-48 horas, retirándose la sonda de forma ambulatoria en su centro de salud.

Para mantener el calibre uretral puede precisar posteriormente someterse a dilataciones periódicas, o a otros métodos quirúrgicos alternativos.

BENEFICIOS QUE SE PRETENDEN CONSEGUIR CON ESTA INTERVENCIÓN.

Mejora de la calidad miccional. Aumento del calibre del chorro miccional.
Supresión de la sonda vesical permanente si fuera portador de ella.
Supresión de la obstrucción urinaria y de las consecuencias sobre el aparato urinario.

FRACASO DE LA TÉCNICA.

No conseguir mejora en la calidad miccional.
No poder retirar la sonda vesical permanente si fuera portador de ella.
Desarrollo de una nueva estenosis que requerirá tratamiento posterior.

COMPLICACIONES.

Perforación de uretra(falsa vía) en el acto quirúrgico con extravasación de líquido y posibilidad de infección del mismo. De suceder esta complicación puede ser necesaria la practica de otra intervención (derivación suprapúbica).

Hemorragia importante durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio. Sus consecuencias dependerán del grado y del tratamiento que necesite.

Infección generalizada a nivel sanguíneo.

Perforación de otros órganos(recto).

- Problemas derivados de la Anestesia. El tipo y sus complicaciones serán informados por el Servicio de Anestesia cuando se realice el estudio preoperatorio.

SECUELAS:

Incontinencia urinaria en sus diferentes grados, dependiendo de la localización de la estenosis.
Disfunción sexual (impotencia).

ALTERNATIVAS.

Dilataciones uretrales.
Uretroplastias.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA
ESPECÍFICA PARA OTORGAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

VARICOCELECTOMÍA

SERVICIO DE UROLOGÍA

Se trata de una enfermedad consistente en la dilatación de las venas procedentes del testículo (Plexo venoso espermático) con reflujo anormal de la sangre que circula por ellas. Habitualmente aparece en el testículo izquierdo, aunque en ocasiones afecta también al testículo derecho donde suele ser muy poco evidente (varicocele sin clínica).

Se manifiesta por la aparición de molestias dolorosas y sensación de pesadez en hemiescrotos izquierdo (bolsa de piel que contiene al testículo y todos los órganos que de él provienen) y abultamiento sobre el polo superior del testículo. En ocasiones el diagnóstico de varicocele se realiza, incluso en ausencia de dolor, en estudios del varón estéril por producir un semen de caracteres anormales, circunstancia en la que puede influir la existencia de un varicocele.

MOTIVOS QUE JUSTIFICAN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL VARICOCELE.

- Existencia de dolor testicular aún siendo el semen normal.
- Existencia de un semen anormal que provoca infertilidad, aún en ausencia de dolor.
- En casos de dolor testicular y semen anormal.
- Motivos estéticos ante grandes varicoceles.
- En la adolescencia se aconseja su resolución con vistas a prevenir futuros problemas de fertilidad.
- Ante varicocele bilateral se realizará ligadura del plexo espermático bilateral siempre y cuando existan problemas de fertilidad contrastados.

OBJETIVOS QUE SE PRETENDEN CONSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL VARICOCELE.

- Desaparición o mejoría de las molestias dolorosas de testículo.
- Mejoría de la calidad del semen en su caso.
- Mejoría estética

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PROPUESTA : LIGADURA DE PLEXO ESPERMÁTICO.

La ligadura del plexo venoso a nivel inguinal bajo: consiste en la ligadura y sección de las vena espermáticas, llegando a ellas a través de incisión realizada sobre el anillo inguinal externo. Esta intervención se puede realizar anestesia local, necesitando, en ausencia de complicaciones, un solo día de encamamiento.

COMPLICACIONES DE LA INTERVENCIÓN:

- 1.- Formación de hematoma escrotal en el postoperatorio inmediato que suele resolverse de forma espontánea. En algunas ocasiones pueden requerir evacuación quirúrgica.
- 2.- Formación de linfocelo o hidrocele en postoperatorios más tardíos- Igualmente deben desaparecer por reabsorción espontánea aunque también, en raras ocasiones, requerirán tratamiento quirúrgico.
- 3.- De forma excepcional puede producirse una atrofia testicular por lesión inadvertida, durante la intervención, de la arteria espermática.
- 4.- De forma igualmente excepcional se debe considerar la posibilidad de una hemorragia, importante tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio inmediato, de consecuencias muy diversas dependiendo del tipo de tratamiento que haya de emplearse.

- **Problemas derivados de la Anestesia. El tipo y sus complicaciones serán informados por el Servicio de Anestesia cuando se realice el estudio preoperatorio.**

ALTERNATIVAS:

- 1.- Embolización. Se contempla ante recidivas.