

LÓPEZ DE LA FUENTE, J.; MÍNGUEZ VIADEL, S.

Enfermeras del Consorcio Sanitari del Garraf. Hospital Residencia Sant Camil. Sant Pere de Ribes (Barcelona), con la colaboración del Dr. J. Blanch Falp (internista) y el Dr. H. Hernández Pozo (urólogo)

Prostatectomía radical laparoscópica extraperitoneal

RESUMEN

Objetivo

Conocer la situación basal de los pacientes intervenidos de neoplasia de próstata por laparoscopia extraperitoneal.

Material y métodos

Se incluyeron todas las intervenciones de prostatectomía radical laparoscópica extraperitoneal realizadas en nuestro centro de enero de 2009 a mayo de 2010. Se trata de un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo.

Resultados

Se valoran 25 pacientes intervenidos. La estancia media fue de 7,12 días. La edad media fue de 64 años. El 92% inició la dieta en las primeras 24 horas. La primera cura se realizó antes de las 24 horas en el 68% de los casos. Al 92% se le retiró el suero antes de las 48 horas. En el 68% se retiró la analgesia en los primeros 4 días. El 76% llevó un catéter peridural y un 4% bomba de analgesia IV continua. El 24% presentó complicaciones.

Conclusiones

1. La mayoría inició la dieta en las primeras 24 horas. 2. Casi a todos los pacientes se les retiró el suero en las primeras 48 horas. 3. Presentaron escasas complicaciones. 4. La estancia fue media/corta. 5. Se inició la movilización de forma precoz. 6. Retraso en la retirada del catéter periférico. 7. Escaso uso de la bomba de analgesia IV continua.

Palabras clave: Cuidados de enfermería, prostatectomía radical, laparoscopia.

ABSTRACT

Objective

To determine the baseline of patients undergoing extraperitoneal laparoscopic prostate neoplasia.

Methods

We included all interventions of radical extraperitoneal laparoscopic prostatectomy made at our centre between 2009 of January until 2010 of May. This is an observational, descriptive and retrospective study.

Results

We evaluated 25 patients operated. The average of stay is 7.12 days. The mean age was 64 years. The 92% started the diet the first 24 hours. The first treatment was performed before 24 hours in 68% of cases. 92% serum was removed within 48 hours. In 68% withdrew analgesia in the first 4 days. 76% took an epidural catheter and a 4% continuous IV analgesia pump. 24% had complications.

Conclusions

1. Most started the diet in the first 24 hours. 2. Almost all patients the serum was removed within 48 hours. 3. They going to have few complications. 4. The average of stay was medium / short. 5. Mobilization was initiated early. 6. Delay in peripheral catheter removal. 7. Limited use of continuous IV analgesia pump.

Keywords: nursing care, radical prostatectomy, laparoscopy.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata es una de las neoplasias más frecuente entre los varones. Afecta fundamentalmente a varones de edad avanzada. Es una neoplasia rara en hombres menores de 50 años (< 1%), pero a partir de esta edad la incidencia aumenta más rápidamente que cualquier otra localización tumoral. El 75% de los casos aparecen, en varones mayores

de 65 años. La incidencia también está aumentando en países desarrollados por el aumento de la esperanza de vida y el desarrollo de las nuevas técnicas diagnósticas.

Los factores de riesgo de cáncer de próstata más importantes son la edad, la etnia, los factores genéticos y la dieta, siendo el principal la edad.

El tratamiento del cáncer de próstata es uno de los grandes dilemas de la medicina actual. La evidencia científica dis-

ponible no permita hacer recomendaciones absolutas para cada tipo de paciente. La decisión terapéutica debe tomarse teniendo en cuenta la edad del paciente, su estado de salud, la esperanza de vida, el estadio de la enfermedad, el grado de diferenciación histológica del tumor, los niveles de PSA, los potenciales beneficios asociados a cada modalidad terapéutica y los riesgos del tratamiento, incluidos los efectos sobre la calidad de vida. Las modalidades terapéuticas más habituales del cáncer de próstata son la prostatectomía radical, la radioterapia (externa, braquiterapia o ambas), el seguimiento conservador y la terapia hormonal de privación androgénica.

En el año 2000 el campo de la Urología asistió a un interés renovado por la prostatectomía radical laparoscópica, gracias a dos trabajos prometedores de dos centros urológicos de gran reputación en Francia. Desde entonces, la prostatectomía radical laparoscópica transperitoneal se ha convertido en el estándar de asistencia para el cáncer de próstata clínicamente localizado, siendo sus indicaciones idénticas a las de la cirugía abierta.

En noviembre de 2008 se puso en marcha en nuestro centro la cirugía por laparoscopia en el servicio de urología. La cirugía laparoscópica pretende disminuir el periodo posoperatorio. Previo a la implantación de una trayectoria clínica es importante conocer la situación basal para poder comparar posteriormente.

OBJETIVO

Conocer la situación basal de los pacientes intervenidos de cáncer de próstata localizado por laparoscopia extraperitoneal en un hospital comarcal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron todas las intervenciones de prostatectomía radical laparoscópica extraperitoneal realizadas en el centro de enero de 2009 hasta mayo de 2010.

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el cual hemos analizado las siguientes variables:

- Riesgo de anestesia (ASA).
- Realización de la primera cura.
- Inicio de la dieta.
- Retirada de suero, analgesia IV, vía periférica, catéter peridural, bomba de analgesia IV y drenaje.

EL CÁNCER DE PRÓSTATA ES UNA DE LAS NEOPLASIAS MÁS FRECUENTE ENTRE LOS VARONES. AFECTA FUNDAMENTALMENTE A VARONES DE EDAD AVANZADA. ES UNA NEOPLASIA RARA EN HOMBRES MENORES DE 50 AÑOS (< 1%), PERO A PARTIR DE ESTA EDAD LA INCIDENCIA AUMENTA MÁS RÁPIDAMENTE QUE CUALQUIER OTRA LOCALIZACIÓN TUMORAL. EL 75% DE LOS CASOS APARECE EN VARONES MAYORES DE 65 AÑOS

EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA ES UNO DE LOS GRANDES DILEMAS DE LA MEDICINA ACTUAL

- Control de la temperatura.
- Inicio de la sedestación y de la deambulacion.
- Control de analíticas y transfusiones realizadas.
- Complicaciones posoperatorias.
- Control del PSA posintervención.
- Retirada de la sonda vesical.

RESULTADOS

Desde enero de 2009 hasta mayo del 2010 se han realizado en nuestro centro 25 intervenciones de prostatectomía radical laparoscópica extraperitoneal, en pacientes con cáncer de próstata localizado, como tratamiento quirúrgico de elección sin rechazar la prostatectomía abierta en caso necesario.

La estancia media fue de 7,12 (3-30) días.

La edad media fue de 64 (48-75) años.

En el 48% de los casos el riesgo de anestesia fue de ASA II y en el 44% de ASA III.

El 20% inició la dieta a las 6 h, el 72% a las 24 h y sólo el 8% a las 48h.

Realizamos la primera cura en un 12% de los casos a las 6h, en un 56% a las 24h y en un 28% a las 48h.

La retirada de suero fue en un 32% de los casos a las 24 h, en un 60% a las 48 h y sólo en un 8% posterior.

La analgesia IV se retiró en un 28% de 0-2 días, en un 40% de 3-4 días y en un

32% de los casos la tuvo más de cinco días.

Al 12% se le retiró la vía entre 0-2 días, al 56% entre los 3-4 días, mientras que el 32% la llevó más de 5 días.

El 24% de pacientes no llevaba catéter peridural; del 76% que llevaron catéter al 52% se le retiró a las 48 h, el 12% a las 24 h y el otro 12% a las 72 h.

Tan sólo a un 4% se le colocó la bomba de analgesia IV continua.

Al 64% de los pacientes se le retiró el redón a las 48 h, al 20% a las 72 h, al 4% a las 24 h y el 12% lo llevaron más de 72 h.

El 56% de los pacientes estuvo afebril, el 28% tuvo febrícula y el 16% tuvo fiebre en el posoperatorio inmediato.

Las complicaciones que hemos encontrado han sido: infección de orina (3), seroma de la herida (2), absceso de pared (1), vejiga neurógena (1), íleo paralítico (1), diarrea (1) y fecaluria (1); coincidiendo dos complicaciones en un mismo paciente en 4 casos.

El 48% de los pacientes inició la sedestación y la deambulacion a las 24 h, otro 48% a las 48 h, tan sólo el 4% tardó más de 48 h.

Sólo se le realizó control analítico al 44% de los pacientes.

Únicamente tuvimos que transfundir a un paciente con 2 unidades de concentrados de hematies.

A todos los pacientes se les realiza el control de PSA al mes y a los 3 meses de la intervención. El 80% tuvo un valor indetectable del PSA (<0,008) y el 20% >0,008.

Vemos que la retirada de la sonda vesical oscila entre 10 y 35 días, retirándose en la mayoría de los casos a los 16 días.

Casi todos los pacientes han presentado incontinencia urinaria tras la retirada de la sonda vesical y disfunción eréctil; en el 70% de los casos se resuelve el cuadro entre 3 y 5 meses.

DISCUSIÓN

Tras valorar los resultados podemos afirmar que se produce una disminución de los días de ingreso. En algunos casos la demora del alta es debida a la coincidencia con el fin de semana.

La mayoría de nuestros pacientes tiene un mejor control del dolor favorecido por el uso del catéter peridural, no obstante se detecta un bajo uso de la bomba de analgesia IV periférica continua.

El catéter peridural se retiró a las 48 h prácticamente a todos los pacientes, por lo que la analgesia IV se dejó de 1 a 2 días más, con buena tolerancia del dolor y buena aceptación de la analgesia oral. Tras la administración de la analgesia, el paciente refiere un EVA entre 0 y 3.

A las 48 h todas las heridas están al aire, exceptuando el orificio del drenaje. El paciente valora el resultado estético de la intervención.

Casi todos los pacientes inician la dieta antes de las 24 h. al presentar peristaltismo. Sólo tuvimos un paciente con náuseas que tuvo un íleo paralítico.

La retirada del redón se produjo mayoritariamente a las 48 h.

Se objetiva una disminución de las complicaciones en relación a la prostatectomía radical abierta.

Un paciente presentó fecaluria y reingresó en nuestro servicio a los 3 días del alta; ésto precisó la práctica de una colostomía. Todo ello fue provocado por una fistula rectal. Asimismo aún mantiene la sonda vesical permanente.

El inicio de la movilización se produjo entre las 24 h y las 48 h, siendo bien tolerada.

El índice de transfusiones se ha reducido a un 4% debido a que el sangrado intraoperatorio es menor.

El paciente tiene una recuperación más rápida, lo cual implica un retorno más rápido a la actividad normal.

LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA PRETENDE DISMINUIR EL PERIODO POSTOPERATORIO.

DESDE ENERO DEL 2009 HASTA MAYO DEL 2010, SE HAN REALIZADO EN NUESTRO CENTRO 25 INTERVENCIONES DE PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA EXTRAPERITONEAL, EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO, COMO TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ELECCIÓN SIN RECHAZAR LA PROSTATECTOMÍA ABIERTA EN CASO NECESARIO.

CONCLUSIONES

Como valoración positiva encontramos:

- El 92% de los pacientes inició la dieta durante las primeras 24 horas.
- Al 92% de los pacientes se le retiró el suero antes de las 48 horas.
- Disminución del dolor por el uso de la analgesia continua (peridural- BA).
- Las complicaciones han sido escasas.
- Disminución de la estancia media.
- La mayoría de pacientes inicia la movilización antes de las 24 horas.

Como valoración negativa encontramos:

- Retraso en la retirada del catéter periférico y de la analgesia intravenosa.
- Escaso uso de la bomba de analgesia intravenosa continua.

Al realizar este trabajo observamos que podemos establecer unos planes asistenciales estandarizados para mejorar la calidad y la eficiencia del proceso de atención y optimizar la gestión de los recursos en nuestro centro.

La elaboración de la trayectoria nos permitiría adecuar los cuidados del paciente, agilizándolos y analizando los resultados obtenidos posteriormente para valorar la calidad asistencial.

La enfermera en la unidad proporciona una estricta vigilancia y cuidados para asegurar una evolución posoperatoria rápida

y sin complicaciones. ▼

BIBLIOGRAFÍA

- Esteve, M; Serra-Prat, M; Zaldívar, C; Verdaguer, A; Berenguer, J. «Evaluación del impacto de una trayectoria clínica sobre el ictus isquémico». Hospital de Mataró. Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, v.18 n.3 Barcelona mayo-junio 2004.
- Carrasco, G; Ferrert, F; Hospital de Barcelona. 2001. «Las vías clínicas basadas en la evidencia como estrategia para la mejora de la calidad: metodología, ventajas y limitaciones». *Rev. Calidad Asistencial* 2001;16:199-207
- Bishoff, J.T. / Kavoussi, LR. *Atlas de cirugía urológica laparoscópica*. Editado por: ELSEVIER-MASSON 368 págs. 1ª ed. © 2008.
- Sánchez de Badajoz, E.: «Robótica y Urología». *Arch. Esp. Urol.*, 51: 215, 1998.
- Valdivia JG, Abril G, Bayo A et al. *Cirugía mínimamente invasiva en Urología*. Tema Monográfico. LIX Congreso Nacional de Urología AEU 1994.
- Villavicencio Mavrich, H.; Esquena, S.; Palou Redorta, J.; Gómez Ruiz, «Prostatectomía radical robótica: revisión de nuestra curva de aprendizaje». Servicio de Fundació Puigvert. Barcelona. Urología. En *Actas Urológicas Españolas*. Junio de 2007. 31 (6):587-592.