

Colposacropexia robótica Da Vinci: Papel de la enfermería

El personal de enfermería tiene un papel fundamental en la puesta en marcha y el desarrollo de la colposacropexia robótica, máxime si ésta implica, como es el caso del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, a diversas especialidades y se lleva a cabo en un centro universitario donde la docencia e investigación son elementos básicos en el quehacer diario.

La actividad de la enfermería en el quirófano robótico es crucial, ya que depende de nosotros la preparación del mismo y la puesta a punto del equipo Da Vinci y del instrumental antes del inicio de la intervención, así como los cambios de instrumental y la atención a todos los detalles durante el desarrollo de la misma.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es dar a conocer esta novedosa técnica de reconstrucción del suelo pélvico, analizar sus indicaciones y describir nuestros resultados iniciales.

INTRODUCCIÓN

Las mejoras o aportaciones de la cirugía laparoscópica asistida por robot frente a la cirugía laparoscópica convencional en cirugías del suelo pélvico son:

- Cirugía mínimamente invasiva.
- Se obtiene una visión tridimensional frente a la visión bidimensional que proporciona la cirugía laparoscópica convencional.
- Ofrece una mayor destreza, control y precisión en los movimientos.
- Movimientos intuitivos y el sistema elimina el temblor fisiológico de las manos del cirujano.
- Curva de aprendizaje mucho menor que la laparoscopia.

INDICACIONES

El cistocele es un problema que se produce cuando la pared que existe entre la vejiga y la vagina se debilita tanto que permite que la vejiga asome por la vagina. Esta condición puede producir molestias y dificultad para vaciar la vejiga. Esta técnica se lleva a cabo en pacientes que presentan un cistocele grado III-IV en el que la vejiga asoma al exterior por la vagina produciendo incontinencia de esfuerzo y dificultad para

vaciar completamente la vejiga, llegando a producir infecciones de repetición (figura 1).



Fig. 1 Cistocele grado III-IV

PREOPERATORIO: ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

Correcta colocación del quirófano (figura 2)



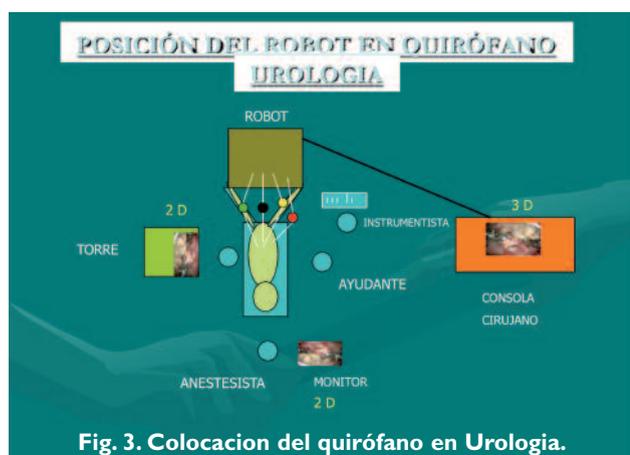
Fig. 2. Distribución del quirófano en cirugía robótica

El quirófano donde se encuentra el robot Da Vinci es multifuncional: en él se llevan a cabo diferentes intervenciones de Cirugía General, Urología y Ginecología, de acuerdo con el desarrollo del Plan de Cirugía Robótica del hospital.

Antes de cada intervención hay que colocar correctamente tanto los elementos fundamentales de un quirófano (carro de anestesia, mesa quirúrgica, bisturíes eléctricos, sistemas de aspiración, mesas auxiliares) así como los distintos elementos del Da Vinci.

Acto seguido se lleva a cabo el chequeo del sistema así como la preparación del instrumental y material de anestesia y comprobar la correcta colocación del paciente:

- Profilaxis antibiótica: Cefazolina 2gr iv.
- Profilaxis antitrombótica.
- Psicoprofilaxis.
- Anestesia general.
- Posición de litotomía.
- Trendelenburg.
- SV Foley 16.
- Vendaje compresivo MMII.
- Almohadillado perneras y hombreras.
- Instrumental.
- Preparar el robot con fundas estériles.
- Calibración de la óptica.



TÉCNICA QUIRÚRGICA

1. Colocación de los trocares (figuras 1 y 2)

Trocar supraumbilical de Hasson que se colocará mediante abordaje abierto. En aquellas pacientes que sean muy corpulentas o de grandes dimensiones se optará por colocar el trocar a nivel infraumbilical con el fin de facilitar la cirugía.

Colocación de los trocares del robot, equidistantes del trocar umbilical a ambos lados de la línea media, intentando conseguir una triangulación de los mismos.



Fig. 1. Colocación de los trocares



Fig. 2. Posición definitiva de los puertos

Trocar de 12 mm a nivel de FID, a dos traveses de dedo de la espina iliaca antero superior. Este trocar será utilizado por el ayudante para utilización de material que no puede ser utilizado con el robot, como por ejemplo hemoclips, aspirador...

En ocasiones nos puede ser muy útil la colocación del cuarto brazo del robot, para la tracción del colon izquierdo o del útero.

Si el cirujano de campo lo precisa, se puede colocar un segundo trocar accesorio de 5 mm para facilitar la cirugía.

2. Preparación del promontorio sacro

Liberación del colon izquierdo y tracción del mismo hacia lateral, identificando la grasa del promontorio sacro. El ayudante mediante la pinza o el aspirador identificará la zona del promontorio que se habrá de disecar.

Apertura de peritoneo parietal y disección de la grasa presaca hasta identificar el ligamento vertebral anterior.

3. Apertura del peritoneo del mesorrecto hacia el fondo de saco de Douglas (figura 3)

Mediante tracción del anejo derecho, en el caso de que la paciente no esté hysterectomizada, se procede a la apertura del peritoneo parietal, en dirección hacia el ligamento uterosacro derecho.

Apertura de un ojal a nivel del ligamento ancho derecho, a través del cual, en un paso posterior, pasaremos la malla de polipropileno.

4. Disección vaginal posterior

Apertura del fondo de saco de Douglas hasta identificar el recto y los músculos elevadores del ano.

Fijación de la malla de polipropileno a ambos músculos elevadores del ano y cara posterior de la vagina (figura 4).



Fig. 3. Apertura del peritoneo hacia el Douglas



Fig. 4. Malla fijada con puntos a la cara posterior de la vagina

5. Disección vaginal anterior

Introducción de valva vaginal y tracción de la misma para facilitar la liberación de la cara anterior de la vagina (figura 5).

Apertura del peritoneo a nivel del fondo de saco vésico-vaginal, desde el ligamento uterosacro derecho hacia el izquierdo.

Fijación de la malla con puntos sueltos de polipropileno a los ligamentos uterosacos y cara anterior-cúpula vaginal.

6. Paso de la malla a través del ligamento ancho derecho (figura 6).



Fig. 5. Exposición de la cara anterior de la vagina mediante la valva



Fig. 6. Paso de la malla a través del ojal del ligamento ancho derecho

Si se hubieran colocado dos mallas, se fijarán ambas entre sí con puntos sueltos de material irreabsorbible monofilamento o trenzado.

En el caso de que sea una única malla con forma de «Y» se procederá a su paso a través del ojal previamente realizado en el ligamento ancho.

7. Tracción de la malla y fijación al promontorio sacro

El ayudante colocará la malla a nivel del promontorio, manteniendo una tracción suficiente para corregir el prolapso.

Mediante puntos sueltos de material irreabsorbible monofilamento se fijará la malla al ligamento vertebral anterior, teniendo la precaución de no lesionar la arteria sacra media (figura 7).

En el caso de que se produzca lesión de la arteria sacra media, se procederá a anudar la sutura para controlar la hemostasia.

Una alternativa a la sutura sería la utilización de «tacks» para la fijación de la malla.

8. Peritonización de la malla

Una vez comprobada la correcta corrección del prolapso se procede al cierre del peritoneo mediante una sutura continua de material reabsorbible (figura 8).

9. Finalización de la intervención

Revisión de la hemostasia.

Retirada de los trocares bajo visión.

Cierre de los orificios de los trocares.



Fig. 7. Fijación de la malla al promontorio sacro



Fig. 8. Comprobación de la corrección del prolapso

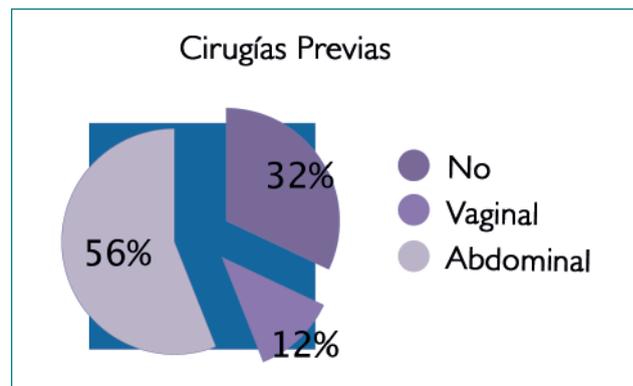
CUIDADOS POSOPERATORIOS

1. Tolerancia a las 6 horas.
2. Deambulación a las 12 horas.
3. Retirada de sonda y taponamiento a las 24 horas.
4. Controlar el estreñimiento y el dolor.
5. Cura de la herida quirúrgica según protocolo.
6. Vigilar posibles complicaciones del neumoperitoneo.
7. Mantener el tratamiento antibiótico durante 48 horas.
8. Control analgésico a demanda: Metamizol Magnésico 2 gr iv, c/8 h. Mantener durante 5 días VO a demanda.
9. Evitar las relaciones sexuales durante 1-2 meses.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos realizado un estudio descriptivo con una serie que cuenta con 25 pacientes entre noviembre 2006 y enero de 2008; con un seguimiento de 7 meses con una edad media de 65,2 años (51-80 años), con cirugías previas:

- Vaginal 3.
- Apendicectomía 5.
- Colectomía 2.
- Resección intestinal 1.
- Histerectomía 11.
- Ligadura de trompas 2.

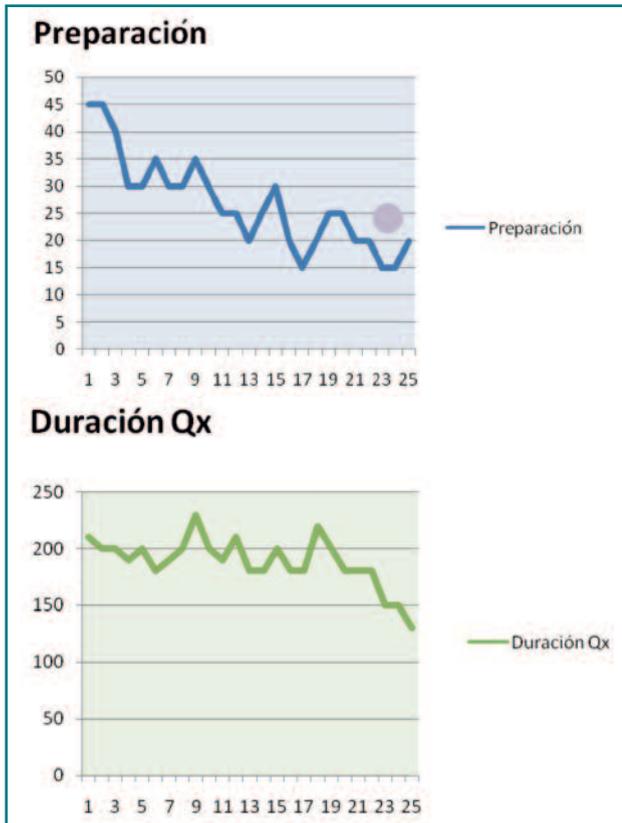


RESULTADOS

El tiempo de preparación del quirófano ha ido disminuyendo progresivamente, siendo la media de 26,8 minutos (15-45 minutos) considerando dicho período desde el momento en el que el paciente está anestesiado hasta que se inicia la intervención, incluyendo la colocación de la paciente, la preparación de todo el campo quirúrgico y la colocación del robot.

En 8 pacientes se colocó previamente un sling suburetral y transobturatriz (TOT). La duración media de la intervención es de 191 minutos (150-230 minutos). En un caso se produjo una lesión vesical intraoperatoria, que fue diagnosticada en el propio acto quirúrgico siendo reparada sin dificultad, y otra paciente con conversión por adherencias de cirugía anterior. No se produjeron lesiones vaginales ni vasculares. En el poso-

peratorio inmediato no se produjeron complicaciones hemorrágicas ni infecciones. Una paciente previamente diagnosticada de artrosis generalizada presentó en el posoperatorio inmediato dolor articular con la movilización del hombro derecho que requirió tratamiento analgésico hasta la completa rehabilitación del mismo. La estancia media de las pacientes fue de 3 días (2-7 días con una mediana de 2 días).



CONCLUSIONES

La colposacropexia laparoscópica asistida por robot disminuye de forma importante los inconvenientes de la cirugía abierta en cuanto a morbilidad, control analgésico y estancia hospitalaria. Además permite un mejor acceso a la cavidad pélvica, identificación y liberación de estructuras y un control más preciso del instrumental que nos facilitará la ejecución de la técnica.

Permite un mejor acceso a la cavidad pélvica, identificación y liberación de estructuras y un control más preciso del instrumental que nos facilitará la técnica.

Parece ser la técnica reconstructiva del suelo pélvico futuro, ya que los resultados a largo plazo parecen ser mejores que los obtenidos por vía vaginal.

El conocimiento de la técnica a realizar así como el entrenamiento facilita la preparación del quirófano y acorta el tiempo global de todo el procedimiento.

El inicio de un programa de cirugía robótica en nuestro hospital no hubiera sido posible sin la implicación absoluta del equipo de enfermería. ▼

NOTICIAS DE INTERÉS

A todos los asociados

En el transcurso de nuestro próximo congreso de Gijón, celebraremos nuestra asamblea general ordinaria, a la que instamos acudir a todos los asociados, pues ella es el foro donde se da cuenta de la marcha de la Asociación y donde podemos debatir todo lo concerniente a la misma, saliendo de ella de forma soberana las decisiones sobre nuestro futuro así como las líneas a seguir en adelante.

Así mismo durante este evento, y como es tradicional, montaremos nuestro stand que estará permanentemente atendido por miembros de la actual Junta Directiva y donde podréis resolver cuantos asuntos relacionados con la Asociación, tanto de orden administrativo como de cualquier otra índole, os puedan surgir.

También, y como hace algunos congresos viene siendo habitual, contaremos dentro del programa científico con un espacio en el que patrocinaremos una conferencia/ponencia de un tema de interés general al colectivo.

Por último, recordaros que en el congreso del próximo año 2010, a celebrar en Málaga, celebraremos elecciones para la renovación de la Junta Directiva a la que podrán presentarse los socios de número que lo deseen, en la modalidad de candidatura cerrada (presidente, vicepresidente, secretario, tesorero y tres vocales) según recogen

JORNADAS IBEROAMERICANAS DE ENFERMERAS DE UROLOGÍA

I Jornadas Internacionales de Enfermería Urológica

Con motivo de la celebración del XII Congreso Centroamericano y del Caribe de Urología, XIX Congreso Cubano de Urología, III Encuentro Ibero-latinoamericano de Endourología y Ondas de Choque y el I Simposio Ibero-latinoamericano de Litiasis, se realizará en Cuba las I Jornadas Iberoamericanas de Enfermería Urológica del 8 al 11 de diciembre de 2009. En la misma se intercambiarán ideas, experiencias y conocimientos de enfermeras cubanas, iberoamericanas e invitadas de otras latitudes.

Persona de contacto: Lic. Yanela Díaz Oquendo

Email: yaneladiaz@infomed.sld.cu

Temas principales ▶ Enfermería Urológica en Consulta Externa ▶ Enfermería Urológica en Hospitalización ▶ Enfermería Urológica en Quirófanos.

Web Sociedad Cubana organizadora del evento internacional: <http://www.sld.cu/sitios/urologia-enfermeria/>
En esta web encontraréis el acceso a la web de las jornadas. Nuestra asociación ha sido invitada, en la persona de su presidenta, a realizar la conferencia inaugural.