

GARCÍA MARTÍNEZ, M.J.; RAMOS SUÁREZ, J.M.; MONTES NIETO, I.M.; ROMERO MORA, O.; FERNÁNDEZ ROMANA, M.J.
 Unidad de Gestión Clínica Urología-Nefrología. Servicio de Urología. HH. UU. Virgen del Rocío (Sevilla)

Cuidados de enfermería en un paciente intervenido de prostatectomía radical asistida por robot¹

RESUMEN

Desde septiembre de 2007 hasta junio de 2009 se ha realizado en nuestra Unidad de Gestión Clínica un total de 72 intervenciones de prostatectomía radical robótica (PRR). Los resultados han sido muy satisfactorios: disminución del sangrado posquirúrgico; bajada significativa de la estancia media hospitalaria (2,5 días); una más rápida recuperación del paciente y mejores tasas de función eréctil. La técnica quirúrgica se ejecuta con un robot Da Vinci, serie S, de cuatro brazos.

Partiendo de un caso clínico, un paciente diagnosticado en nuestro Servicio de cáncer de próstata, se exponen los cuidados que presta el personal de enfermería en un caso de PRR una vez que llega a la planta hasta su alta hospitalaria, así como la evolución seguida por el paciente. El modelo de cuidados que se sigue se basa en los once patrones funcionales de Majori Gordon. Por último, se resalta el papel que juega en este tipo de cirugía tanto enfermería domiciliaria como de Atención Primaria.

Palabras clave: Prostatectomía radical robótica. Robot Da Vinci. Cuidados enfermeros.

SUMMARY

Since September 2007 until June 2009 a total of 72 interventions of Robotic Radical Prostatectomy (RRP) have been carried out in our Unit of Clinical Management. The results have been very satisfactory: decrease of the postsurgical bleeding; significant descent of the hospital average stay (2,5 days); a faster recovery of the patient and better rates of erectile function. The surgical technique is executed with a robot Da Vinci, series S, of four arms.

Starting from a clinical case, a patient diagnosed in our Service of cancer of prostate, the cares that the staff of nursery in a case of RRP are exposed once he arrives to the medical ward up to his hospital discharge, as well as the evolution followed by the patient. The model of cares that is followed is based on the eleven functional patterns of Majori Gordon. Finally, domiciliary nursing and Primary Care are highlighted for roles that they play.

Keywords: Robotic radical Prostatectomy. Da Vinci Robot. Nursing cares.

INTRODUCCIÓN. OBJETIVOS

El cáncer de próstata es la segunda causa más frecuente de muerte por cáncer en hombres y representa cerca del 10% de todos los cánceres del varón². Es un tumor maligno, que se forma cuando se malignizan las células de la glándula prostática. El tumor es de crecimiento muy lento, que crece en el interior de la próstata durante muchos años sin producir síntomas ni signos detectables. Actualmente se considera que mientras está localizado en el interior de la glándula prostática se puede curar. A medida que el cáncer avanza, puede salir de los límites de la próstata y diseminarse hacia los tejidos circundantes o bien producir metástasis a otras áreas del cuerpo –huesos, pulmones, hígado–. Por tanto, los síntomas y los signos del cáncer de próstata se suelen presentar de forma tardía, cuando se ha producido la diseminación y el cáncer ya no es curable³.

La prostatectomía radical (PR) es la cirugía que tiene como finalidad extirpar toda la glándula prostática, así como tejidos que se encuentran alrededor de ésta –vesículas seminales y ganglios linfáticos cercanos–, formando parte del tratamiento del cáncer de próstata. Este tipo de cirugía se suele llevar a cabo con más frecuencia cuando el cáncer no se ha diseminado aún por fuera de la glándula prostática. Hay cuatro tipos prin-

cipales de cirugía de PR: prostatectomía retropúbica radical, prostatectomía perineal radical, prostatectomía radical laparoscópica y prostatectomía radical robótica. Esta última incorpora las ventajas de un abordaje laparoscópico junto con las de una visión tridimensional, una mayor maniobrabilidad y precisión, así como una gran comodidad para el cirujano, tratándose de una cirugía mínimamente invasiva. Con esta técnica quirúrgica se logra no sólo el control del cáncer prostático, sino que se preserva el control urinario y el de la función sexual eréctil.

La cirugía robótica mediante el sistema Da Vinci ha situado nuevamente a la Urología a la cabeza de la cirugía mínimamente invasiva. Aunque en la actualidad la indicación principal es la prostatectomía radical, su uso se está ampliando rápidamente a otras indicaciones urológicas (nefrectomía radical y parcial, pieloplastia, cistectomía, linfadenectomía retroperitoneal) y así hasta un total de 22 procedimientos⁴.

Desde septiembre de 2007 hasta septiembre de 2009 se ha realizado en nuestra Unidad de Gestión Clínica un total de 75 intervenciones de prostatectomía radical con la tecnología conocida como «cirugía robótica mediante sistema de telemanipulación robótica Da Vinci». Los resultados de esta técnica han sido muy satisfactorios, destacando que de estos 75 casos

tan sólo tres han tenido que ser reintervenidos por los medios convencionales, o sea, cirugía abierta: un caso de uretrotomía endoscópica, otro de reconversión por sangrado y otra reintervención por dehiscencia de la sutura. El tiempo medio de cirugía es de 3 horas, con curva de descenso, siendo el coste por procedimiento en material fungible de aproximadamente 2.400 euros, inferior, por ejemplo, a los costes de la braquiterapia, que es de unos 5.700 euros. En consecuencia, uno de los objetivos de la Unidad para el presente año es el de aumentar el número de este tipo de intervención robótica, pasando a tener una frecuencia de dos por semana.

En el mismo año en que se comenzó a aplicar esta tecnología en Andalucía, se puso en marcha un estudio observacional prospectivo no aleatorizado con grupo control para evaluar su implantación en contextos sanitarios públicos. Así, estudios realizados sobre la efectividad y seguridad de la cirugía robótica en cuanto a la agresión quirúrgica en cada uno de los brazos (prostatectomía radical robótica –PRR–, laparoscópica –PRL– y abierta –PRA–) concluyen que la cirugía robótica permite un aprendizaje significativamente más rápido y seguro que la PRL, con menos dolor y más temprana incorporación a las actividades cotidianas que la cirugía abierta. Asimismo, los equipos con experiencia previa en cirugía radical laparoscópica incorporan con mayor facilidad la técnica robotizada.

Como objetivos, nos planteamos los dos siguientes:

- Exponer los cuidados que presta el personal de enfermería del Servicio de Urología de la Unidad de Gestión Clínica Urología-Nefrología en un caso de PRR desde que ingresa en la planta tras la intervención quirúrgica hasta su alta hospitalaria.
- Destacar el importante papel que juega en este tipo de cirugía tanto enfermería domiciliaria como de atención primaria, señalando los cuidados que estos pacientes deben seguir en su domicilio, sirviendo de base para ello el «Informe de Continuidad de Cuidados» que se lleva a cabo en la Unidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

La PRR practicada al paciente objeto de estudio se ha llevado a cabo con un robot Da Vinci, Serie S, de cuatro brazos.

Se expone el caso clínico de este paciente y el material empleado durante su hospitalización en el Servicio de Urología de los HH.UU. Virgen del Rocío, consistente en:

- ▶ Protocolos de acogimiento y cuidados del Servicio.
- ▶ Registros de enfermería habituales (Gráfica de constantes vitales, Registro de Valoración Inicial, Plan de Cuidados, Registro de evolución de cuidados, Registro de control de constantes y actividades desarrolladas).
- ▶ Recomendaciones de Enfermería al Alta.
- ▶ Informe de Continuidad de Cuidados. Contacto con Atención Primaria.
- ▶ Se han realizado fotografías de las heridas quirúrgicas para ver evolución.
- ▶ Se ha contactado telefónicamente con el paciente para ver su evolución, física y anímica.

En nuestro Servicio, el Plan de Cuidados sigue el modelo de Majori Gordon (1982) de los *once patrones funcionales*:

1. Percepción-manejo de la salud.
2. Nutricional-metabólico.
3. Eliminación.
4. Actividad-ejercicio.
5. Sueño-descanso.
6. Cognitivo-perceptual.
7. Autopercepción-autoconcepto.
8. Rol-relaciones.
9. Sexualidad-reproducción.
10. Adaptación-tolerancia al estrés.
11. Valores-creencias.

RESULTADOS

En relación al empleo de la cirugía robótica, y como hechos más significativos obtenidos en nuestra Unidad de Gestión Clínica, señalamos que los pacientes intervenidos mediante robot han presentado una menor pérdida sanguínea durante la intervención, una más baja estancia hospitalaria (2,5 días de promedio), una más pronta recuperación, similares tasas de continencia y mejores tasas de función eréctil que con la laparoscopia convencional y cirugía abierta, así como una menor puntuación media en la Escala Liker del dolor, según la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía⁵. Todo ello va a tener consecuencias que van a repercutir directamente en los cuidados enfermeros a administrar.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS MÁS HABITUALES EN LA PRR

El personal de Enfermería del Servicio ha elaborado el siguiente listado de diagnósticos que suelen presentarse más habitualmente, haciendo la salvedad de que no todos los intervenidos quirúrgicamente con esta técnica presentan todos los diagnósticos que se enuncian a continuación. Posteriormente se hará mención y se desarrollarán con mayor profundidad aquellos diagnósticos enfermeros que se elaboraron para el caso clínico que presentamos.

I. 00146 Ansiedad / Temor 00148

Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta automática (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo. Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

Criterios de resultados (NOC):

1402 Control de la ansiedad. Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos de aprensión y tensión por una fuente no identificable. Indicadores.

1404 Control del miedo. Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de alarma secundarios a una fuente identificable. Indicadores.

Intervenciones de enfermería (NIC):

5820 Disminución de la ansiedad. Minimizar la aprensión, temor, presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado. Actividades.

5280 Potenciación de la seguridad. Intensificar el sentido de la seguridad física y psicológica del paciente. Actividades.

5618 Enseñanza procedimiento/tratamiento. Preparación del paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para el procedimiento o tratamiento prescrito. Actividades.

1850 Fomentar el sueño. Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia. Actividades.

2. Déficit de autocuidados

Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de baño/higiene (00108), vestido/acicalamiento (00109), uso del orinal o wc (00110), y alimentación (00102). Criterios de resultados (NOC):

0300 Cuidados personales: actividades de la vida diaria. Capacidad para realizar la mayoría de las tareas básicas y las actividades de cuidado personal. Indicadores.

Intervenciones de enfermería (NIC):

1800 Ayuda al autocuidado. Ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria. Actividades.

3. 00085 Deterioro de la movilidad física

Limitación del movimiento independiente, intencionado, del cuerpo o de una o más extremidades.

Criterios de resultados (NOC):

0300 Cuidados personales: actividades de la vida diaria. Capacidad para realizar la mayoría de las tareas básicas y las actividades del cuidado personal. Indicadores.

1811 Conocimiento: actividad prescrita. Magnitud de la comprensión transmitida sobre la actividad y el ejercicio prescrito. Actividades.

2102 Nivel del dolor. Intensidad del dolor referido o manifestado.

Intervenciones de enfermería (NIC):

1800 Ayuda al autocuidado. Ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria. Actividades.

5612 Enseñanza: Actividad / Ejercicio prescrito. Preparar al paciente para que consiga y/o mantenga el nivel de actividad prescrito. Actividades.

4. 00118 Trastorno de la imagen corporal

Confusión de la imagen mental del yo físico.

Criterios de resultados (NOC):

1814 Conocimiento: procedimientos terapéuticos. Grado de comprensión transmitido sobre los procedimientos requeridos dentro de un régimen terapéutico. Indicadores.

Intervenciones de enfermería (NIC):

5220 Potenciación de la imagen corporal. Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo. Actividades.

5. 0004 Riesgo de infección

Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

Criterios de resultados (NOC):

1908 Detección del riesgo. Acciones para identificar las amenazas para la salud personal. Indicadores.

1902 Control del riesgo. Acciones para eliminar o reducir las amenazas para la salud, reales, personales y modificables. Indicadores.

Intervenciones de enfermería (NIC):

6540 Control de infecciones. Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos. Actividades.

3660 Cuidados de la herida. Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de la curación de las mismas. Actividades.

1876 Cuidados del catéter urinario. Actuación ante un paciente con un equipo de drenaje urinario. Actividades.

6. 00059 Disfunción sexual

Estado en que una persona experimenta un cambio en la función sexual durante las fases de respuesta sexual de deseo, excitación y orgasmo que se ve como insatisfactorio, inadecuado o no gratificante.

Criterios de resultados (NOC):

1815 Conocimiento: funcionamiento sexual. Actividades. Intervenciones de enfermería (NIC):

5248 Asesoramiento sexual. Utilización de un proceso de ayuda interactivo que se centre en las necesidades de realizar ajustes de la práctica sexual o para potenciar la resolución de un suceso / trastorno sexual. Actividades.

PROBLEMAS INTERDISCIPLINARES

Como objetivo nos planteamos detectarlos precozmente, prevenirlos y controlar aquellos signos y síntomas que pueden ocasionar una complicación en la evolución del proceso. Entre los problemas interdisciplinarios más frecuentemente presentados en la PRR nos encontramos con los siguientes:

1. C P Fiebre secundaria a cirugía

6680 Monitorización de signos vitales. Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir situaciones. Actividades.

6650 Protección contra las infecciones. Prevención y detección precoz de la infección en un paciente de riesgo. Actividades.

3740 Tratamiento de la fiebre. Actuación ante un paciente con hipertermia causada por factores no ambientales. Actividades.

2. C P Náuseas/vómitos

1450 Manejo de las náuseas. Prevención y alivio de las náuseas. Actividades.

1570 Manejo del vómito. Prevención y alivio del vómito. Actividades.

3. C P Dolor secundario a intervención quirúrgica

1400 Manejo del dolor. Alivio o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente. Actividades.

2210 Administración de analgésicos. Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor. Actividades.

4. 0100 Retraso/adelanto en la recuperación quirúrgica

Disminución del número de días de postoperatorio requeridos por una persona para realizar e iniciar actividades para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

Factores relacionados:

- Procedimiento quirúrgico novedoso-minucioso.
- Menor índice de infecciones postoperatoria de la zona quirúrgica.
- Mejores expectativas postoperatorias.
- Mejor calidad de vida en el futuro del paciente.

Una vez expuesto los diagnósticos enfermeros más usuales que suelen presentarse tras una intervención quirúrgica de PRR, pasamos a desarrollar el caso concreto, elaborándose el siguiente caso clínico.

CASO CLÍNICO

Varón de 59 años de edad, diagnosticado de adenocarcinoma infiltrante de próstata, que ingresa el día 25 de mayo de 2009 en el Servicio de Urología de los HH.UU. Virgen del Rocío para intervención reglada de prostatectomía radical asistida por robot. El paciente había sido estudiado en Consultas Externas por PSA elevado identificado por su médico de cabecera. Como antecedentes de interés se recogen hipercolesterolemia en tratamiento (Simvastatina) y bronquiectasias diagnosticadas en 1980. Peso de 92 kg y 176 cm de estatura. Las pruebas complementarias practicadas dieron los siguientes resultados:

PSA: 6,71; Cociente de PSA libre/total: 11%; Flujometría: f máximo: 13 nml/sg; Volumen miccionado: 376 cc; Volumen prostático: 32 cc; Ecografía transrectal: sin hallazgos. El informe histológico indica adenocarcinoma de próstata Gleason 3 + 3 que afecta a un cilindro del lóbulo derecho y a dos cilindros del izquierdo. Estadio pT1c. El estudio de extensión (gammaografía ósea y RX de tórax) dio negativo.

No existe contraindicación por parte del Servicio de Anestesia para la intervención, realizándose ésta el día 26. El postoperatorio se desarrolla sin problemas.

Es dado de alta hospitalaria

dos días más tarde, el 28, siendo citado a Consultas Externas de Urología para el mes siguiente».

EVOLUCIÓN EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN. VALORACIÓN Y PLAN DE CUIDADOS

El paciente ingresa en nuestro Servicio la tarde antes de la intervención quirúrgica, día 25 de mayo. Se recibe según el protocolo de acogida y se procede a realizar la valoración correspondiente, obteniéndose la siguiente información: buen estado general, no presenta dificultad para seguir el tratamiento médico y cuidados enfermeros, lleva una dieta normal, piel íntegra y de coloración normal, patrón de eliminación normal, deambula, autónomo, respiración eupneica, patrón de sueño normal, patrón cognitivo asimismo sin alteración,

no dolor ni molestias, manifiesta gran preocupación por la intervención y sus consecuencias, se relaciona sin dificultad, no presenta alteración en el patrón sexualidad / reproducción, y estado de ansiedad importante. Se le informa sobre el servicio religioso, no precisándolo.

Se administran cuidados y se premedica la tarde/noche anterior (Enoxaparina 20 mg subc.; Lorazepán, 1 mg; Omeprazol 20 mg oral), dejándose al paciente en ayunas a partir de las 24 horas. Previamente se le había aplicado una preparación intestinal con fosfatos, siendo efectiva. En la mañana siguiente, una hora antes de la intervención, se premedica con Midazolam 4 mg oral y se colocan medias elásticas en los miembros inferiores como medida profiláctica para la prevención de accidentes tromboembólicos. Se procede a completar la «Check List» o «Lista de detalles a confirmar», que tiene como finalidad comprobar que todo está correcto antes de la intervención (cuidados y tratamiento médico administrados, analíticas, consentimiento informado, etc.).

El mismo día de la operación, a las 22,30 horas, llega el paciente a planta procedente de URPA -Unidad de reanimación post anestesia-, procediéndose a realizar la valoración correspondiente por el enfermero/a de turno, activándose los protocolos de acogida y cuidados.

Esta valoración inicial aporta la siguiente información del paciente. Presenta aceptable estado general, buen nivel de conciencia y una correcta movilidad de miembros inferiores. Las constantes vitales están dentro de la normalidad (36,2 °C, 140/80 mm Hg y 80 fr. c. por minuto). Porta sonda uretral de tres vías, vía venosa periférica en MSI y drenaje localizado en hemiabdomen derecho con escaso débito serohemático. Se administran cuidados y tratamiento prescritos tanto por Urología como por URPA. No refiere dolor, aunque sí observamos cuadro de ansiedad importante, haciendo constantemente preguntas al personal de enfermería sobre su estado y postoperatorio inmediato.

La primera noche la pasa aceptablemente, aunque manifiesta haber dormido a intervalos, no necesitando medicación analgésica extra. El tratamiento médico para las primeras 24 horas consistió en:

- Fluidoterapia: solución glucosada 5% 2.000 cc/24 h y solución fisiológica 1.500 cc/24 h.
- Antibioterapia IV: Augmentine 1 g/8 h.
- Cloruro mórfico IV en perfusión continua, cuya dosis se iría bajando en las siguientes horas.
- Paracetamol vía IV: 500 mg/3 h.
- Ondesentrón IV: 4 mg, administrado para prevención y tratamiento de náuseas y vómitos.
- Cuidados y medidas habituales: toma de constantes vitales, dieta absoluta durante las primeras 24 horas, controles de diuresis y débito del drenaje y extracción de analíticas en la mañana siguiente.

En esa primera valoración postintervención quirúrgica se detectó alteración en los siguientes patrones funcionales:

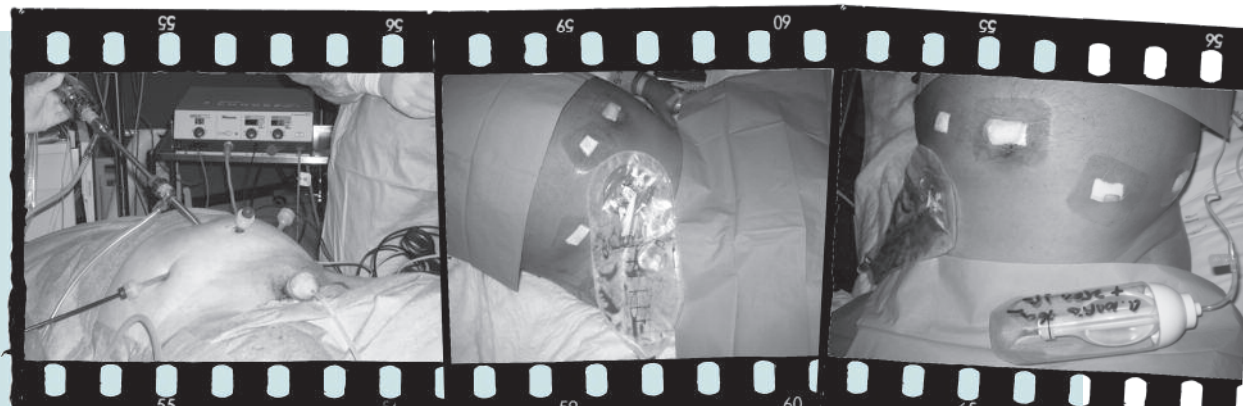
Patrón I: Percepción-manejo de la salud. Describe cómo el paciente percibe su salud y bienestar, y cómo cuida su salud. El paciente tratado presenta dificultad para seguir el tratamiento médico y los cuidados recomendados. Necesita la ayuda del personal de enfermería y de su familia para llevarlos a cabo.



Foto 1. Intervención quirúrgica con el robot Da Vinci, Serie S, de cuatro brazos.



Foto 2. El equipo de quirófano, urólogos y personal de enfermería, junto al robot (consola de mandos y brazos).



Fotos 3, 4 y 5: Vías de acceso para realizar la PRR. Aspecto que presenta el paciente a su llegada a planta tras la intervención robótica. Bolsa de drenaje, con débito serohemático, y perfusión de morfina, la cual se administrará durante las primeras 24 horas.

Patrón 2: Nutrición-metabolismo. Mantiene dieta absoluta durante las primeras 24 horas, tras lo cual comienza con pequeños sorbos de agua, tolerándolo sin problemas.

Patrón 3: Eliminación. Describe el patrón de la función excretora (intestinal, vesical y cutánea). Dado el estado del paciente de inmovilización en cama durante el primer día, éste defeca con dificultad en la cuña. Porta sonda vesical de tres vías.

Patrón 4: Actividad-ejercicio. Describe el patrón de ejercicio, actividad, ocio y distracciones. El estado de la herida quirúrgica le obligaba a guardar reposo en cama durante 48 horas, por lo que apenas hace ejercicio, distrayéndose con la lectura, televisión y radio.

Patrón 5: Sueño-descanso. No presenta problemas el primer día por la medicación hipnótica administrada. El segundo y tercero hubo que administrarle medicación extra (un comprimido de Lorazepam –Orfidal–).

Patrón 6: Cognitivo-perceptual. Describe el patrón sensitivo perceptual y cognitivo. El paciente presentó molestias abdominales por retención de gases.

Patrón 7: Autopercepción-autoconcepto. Describe el patrón de autoconcepto y las percepciones del yo (imagen corporal, bienestar corporal, sensibilidad, etc.). El paciente refiere sensación de ansiedad y temor, preocupándole los cambios funcionales y corporales. Refiere encontrarse preocupado por la evolución de su patología, en especial por la posible disfunción sexual que pudiera presentarse como consecuencia de la intervención.

Patrón 8: Sexualidad-reproducción. Incluye la vivencia del individuo con su sexualidad, si es satisfactoria o no, y su patrón reproductivo. El paciente es consciente de que su sexualidad se va a ver afectada tras la intervención, desconociendo hasta qué grado. Fue informado al respecto por el equipo médico que le atendió. Posible trauma psíquico.

Tras la detección de las alteraciones en los patrones funcionales, se procede a la implantación de los correspondientes planes de cuidados, todos ellos protocolizados, los cuales dieron como resultados la resolución de la mayor parte de las alteraciones durante los días de permanencia en el hospital, a excepción de los patrones 3 (eliminación por sonda uretral), 6 (dolor en la herida quirúrgica), 7 (ansiedad/temor) y 9 (sexualidad/reproducción), que fueron resolviéndose en las siguientes semanas, a excepción del 9, que continúa sin resolverse en el momento presente, cuatro meses después de la operación.

Durante los días de hospitalización se procede a realizar las curas de las heridas (puntos de acceso del robot, así como el drenaje) y medidas y tratamiento prescrito. Durante los dos primeros días presentó dolor abdominal debido a la retención de gases, así como obstrucción de sonda uretral que requirió lavado manual de la misma. Al segundo día presentó febrícula que cedió con tratamiento anti-térmico IV, retirándose en ese mismo día el drenaje. Al tercero se le retiraron medias elásticas y vía venosa central.

El paciente es dado de alta hospitalaria el día 28, habiendo permanecido cuatro días hospitalizado. El tratamiento domiciliario prescrito consistió en lo siguiente:

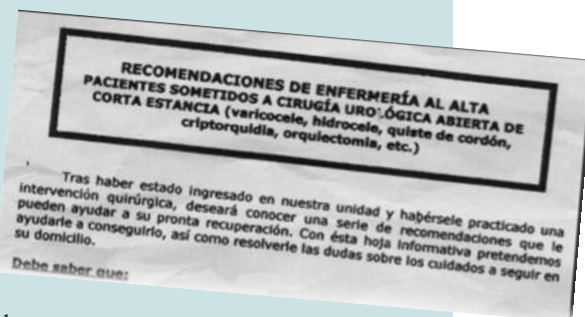
- Dieta y tratamiento habituales.
- Ingesta de líquidos abundantes.
- Reposo relativo, evitando esfuerzos.
- Paracetamol, un gramo oral cada ocho horas si molestias.

Como plan de actuación se le recomendó mantener la sonda vesical abierta a bolsa, citándosele para el día 4 de junio en la Unidad de Litotricia para realizarse cistografía previa a la retirada de la sonda. Asimismo, se le recomendó dejase el hábito de fumar, facilitándosele el teléfono de «Salud Responde», de la Consejería de Salud, donde le podrían ayudar. Para cualquier otro problema, podía contactar con su centro de Atención Primaria y, en caso de gravedad, al servicio de Urgencias en donde sería atendido por el equipo de Urología. Todos estos consejos y plan de actuación se recogen en las correspondientes Recomendaciones de Enfermería al Alta e Informe de Continuidad de Cuidados, facilitado a Atención Primaria.

Se le cita para revisión en consultas externas al mes siguiente.

EVOLUCIÓN DOMICILIARIA DEL PACIENTE
Tras la retirada de la sonda uretral a la semana del alta hospitalaria, tras habersele practicado una cistografía, el paciente presentó continencia durante un período de tres semanas, lo que requirió sondaje nuevamente y tratamiento.

En el momento presente, cuatro meses después del alta, continúa con pequeñas fugas de orina, utilizando para ello pañales. Realiza ejercicios de Kegel diariamente. No presenta dolor ni hematuria. El problema que más le preocupa, aunque refiere tenerlo asumido psicológicamente, nos comenta en una reciente valoración por teléfono, es la disfunción sexual que presenta, no alcanzando la erección, lo que le obliga a realizar prácticas sexuales alternativas.



Al marcharse de alta hospitalaria, el personal de enfermería informa y entrega al paciente las recomendaciones que debe seguir en su domicilio.

DISCUSIÓN

El empleo de este tipo de cirugía robotizada supone indudables beneficios, tanto para el paciente (disminución de sangrado, menos días hospitalizado...) como para el propio sistema sanitario, economizando costes (el coste en fungible de la PRR es de aproximadamente 2.400 euros frente a los 5.700 de otro tipo de tratamiento, como la braquiterapia).

Al mejorar esta técnica las tasas de función eréctil se mejora la salud sexual de la pareja, contemplándose, por tanto, la visión holística del ser humano.

Insistimos en la importancia de mantener informado al paciente sobre la evolución de su proceso. Concretamente, nuestro paciente echaba de menos la técnica de los ejercicios de Kegel, lo cual ha aprendido y pone en práctica diariamente, nos dice, gracias a la información conseguida a través de Internet. El equipo toma nota de ello para próximas altas hospitalarias.

CONCLUSIONES

En relación a las aportaciones de la PRR, este tipo de técnica quirúrgica se ha demostrado claramente ventajosa por varias razones: excelente maniobrabilidad para una técnica mínimamente invasiva, postura más cómoda y anatómica, visión tridimensional y corta curva de aprendizaje y, para el paciente, una disminución del sangrado posquirúrgico, bajada significativa de la estancia media hospitalaria, una más rápida recuperación del paciente y mejores tasas de función eréctil.

Con respecto al cuidado enfermero, y a modo de ideas o conclusiones finales, tenemos las siguientes:

- a) El personal de enfermería debe ser consciente de la necesidad de adaptar su trabajo a las nuevas técnicas relacionadas con la telemanipulación robótica.
- b) Para ello, se hace imprescindible actualizar los conocimientos enfermeros en relación a este tipo de intervenciones.
- c) Es importante involucrar a la pareja y a la familia en todo el proceso, pre y postquirúrgico, para evitar o minimizar posibles traumas psíquicos por la posible disfunción sexual del paciente en un futuro, así como su imagen y otros aspectos que le van a afectar directamente.
- d) Reseñar el papel destacado de Enfermería en cuanto a establecer una comunicación efectiva con el paciente. Se considera muy importante la información para reducir los efectos negativos de la intervención quirúrgica, aplicando técnicas de relajación tanto en el pre como en el postoperatorio.
- e) Por último, destacar la necesidad de llevar a cabo un seguimiento domiciliario del paciente, manteniendo una continuidad en los cuidados administrados. De ahí la importancia del trabajo de los compañeros de Enfermería Domiciliaria y de Atención Primaria. ▼

AGRADECIMIENTOS

Los autores del presente trabajo deseamos mostrar desde estas páginas nuestro más sincero agradecimiento al enfermo y su familia, en primer lugar, por habernos autorizado y facilitado la realización del mismo. Igualmente, a todos nuestros compañeros del Servicio que, con su trabajo y bien hacer, han colaborado en el seguimiento del paciente (director de la Unidad de Gestión Clínica, supervisora, médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería). En especial, a los

doctores Francisco Torrubia y Rafael Medina, por facilitarnos información actualizada y algunas de las fotografías que ilustran el trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- Registros y protocolos empleados en el Servicio de Urología de la Unidad de Gestión Clínica Urología-Nefrología. HH.UU. Virgen del Rocío (Sevilla).
- Fundació Puigvert. Barcelona. «Urología». En *Actas Urológicas Españolas*. Junio de 2007. 31 (6): 587-592.
- Gordon, M. (1987), *Nursing Diagnosis: Process and application*. 2.ª ed. McGraw-Hill. Nueva York.
- Hospital of Saint Raphael. Los interesados que deseen conocer aspectos de la técnica quirúrgica mediante el sistema Da Vinci, pueden consultar la dirección web: <http://essaintraphael.convertlanguage.com/enes/body.cfm?id=226>
- Instituto de Cirugía Urológica Avanzada (ICUA), «Cáncer de próstata». Dirección web: <http://www.urologia.tv/icua/es/diseases.aspx>
- Johnson, Marion y otros (Eds.), *Interrelaciones NANDA, NOC y NIC*. Center for Nuursing Classification & Clinical Effectiveness. Elsevier España, S. A. Edición en español. Madrid, 2007.
- Rodríguez JR., Esequiel; Skarecky, Douglas W. y Ahlering, Thomas E., «Prostatectomía radical robótica: resultados oncológicos». En *Archivos Españoles de Urología* [online]. 2007, vol. 60, n.º 4, pp. 421-429. Disponible en la siguiente dirección electrónica: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142007000400012&lng=es&nrm=iso>.
- Villavicencio Mavrich, H.; Esquena, S.; Palou Redorta, J.; Gómez Ruiz, J. J., «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.

NOTAS

- 1 El presente trabajo se presentó en forma de comunicación oral en el XXXI Congreso Nacional de Enfermería Urológica, celebrado en Gijón durante los días 20 a 23 de octubre de 2009.
- 2 Rodríguez J. R., Esequiel; Skarecky, Douglas W. y Ahlering, Thomas E., «Prostatectomía radical robótica: resultados oncológicos». En *Archivos Españoles de Urología* [online]. 2007, vol. 60, n.º 4, p. 421.
- 3 Instituto de Cirugía Urológica Avanzada (ICUA), «Cáncer de próstata». Dirección web: <http://www.urologia.tv/icua/es/diseases.aspx>, p. 1.
- 4 Villavicencio Mavrich, H.; Esquena, S.; Palou Redorta, J.; Gómez Ruiz, J. J., «Prostatectomía radical robótica: revisión de nuestra curva de aprendizaje». Servicio de Urología. Fundació Puigvert. Barcelona. En *Actas Urológicas Españolas*. Junio de 2007. 31 (6), p. 587. Señalan estos autores que fue el Dr. Richard Gaston quien en septiembre de 1997 realizó en Europa la primera prostatectomía radical laparoscópica y que este procedimiento se está convirtiendo en la técnica estándar para el tratamiento quirúrgico del cáncer de próstata localizado.
- 5 Informe emitido por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía: «Cirugía robótica mediante el sistema de telemanipulación robótica Da Vinci en la prostatectomía». Ficha 4/2006. Autoras: Aurora Llanos Méndez y Román Villegas Portero. Consejería de Salud, pp. 5-6.