

Prostatectomía radical abierta vs laparoscópica

RESUMEN

Evaluación comparativa de la necesidad de los cuidados de enfermería entre la prostatectomía radical abierta (PRA) vs laparoscópica (PRL); para garantizar una óptima calidad asistencial en los cuidados enfermeros postoperatorios.

Para ello se realiza un estudio retrospectivo, descriptivo y comparativo. Se evalúan 101 cirugías prostáticas radicales realizadas desde enero 2007 hasta mayo 2009, de las cuales 48 fueron laparoscópicas y 53 por vía abierta.

Se utilizan como variables la hemorragia, presencia de dolor y demanda de analgesia; evolución de la herida quirúrgica y necesidad de drenaje, estancia media hospitalaria, necesidad de movilización, necesidad de higiene, necesidad de eliminación y necesidad de alimentación.

Un 16% de los pacientes intervenidos por cirugía abierta precisaron de hemotransfusión frente al 0% de la laparoscópica. El 54,7% de los pacientes intervenidos por PRA presentaron dolor controlado respecto al 89,6% de las PRL. Referente a las complicaciones de la herida quirúrgica en la PRL fueron 0% mientras que en la PRA un 11%. La estancia media hospitalaria fue de 5,7 días en la PRA, siendo de 3,5 días en la PRL. A las 48 h de la intervención quirúrgica el 92,7% de los pacientes intervenidos por PRL deambulan frente al 44,2% de los intervenidos por PRA. No se han observado diferencias en las necesidades de eliminación y alimentación.

Son varias las ventajas que se pueden apreciar en los pacientes intervenidos mediante técnica laparoscópica: menos estancia hospitalaria, dolor más controlado, ausencia de complicaciones en la herida quirúrgica, no precisan de hemotransfusión y movilización precoz.

Palabras clave: prostatectomía radical, laparoscopia, cuidados de enfermería postquirúrgicos.

SUMMARY

Comparative evaluation about the necessity of nursing cares among the open radical prostatectomy (ORP) vs laparoscopic (LOP); to guarantee an optimum welfare quality in the postsurgical nursing cares.

For that reason a retrospective, descriptive and comparative study is carried out. 101 radical prostatic surgeries carried out during January 2007 until May 2009 are evaluated, of which 48 were laparoscopic and 53 were traditional surgery.

Haemorrhage, presence of pain and demand for analgesia are used as variables; evolution of the surgical wound and need for drainage, hospital average stay, need for mobilization, need for hygiene, need for removal and need for feeding.

A 16% of the patients who underwent surgery needed transfusion whereas 0% of the laparoscopic. 54,7% of the patients who underwent surgery on by ORP presented controlled pain, 89,6% of the RLP. As to the complications of the surgical wound in the RLP were 0% whereas in the ORP, 11%. The hospital average stay were 5,7 days in the ORP, being of 3,5 days in the RLP. 48 Hours after the operation, 92,7% of the patients operated by RLP stroll but 44,2% of the ones operated by ORP did it.

Differences have not been observed about the need for removal and feeding.

The advantages that can be noticed in the patients operated with laparoscopic technique are several: less hospital stay, more controlled pain, absence of complications in the surgical wound, do not need transfusion and precocious mobilization.

Keywords: radical prostatectomy, laparoscopy, postsurgical nursing care.

INTRODUCCIÓN

Al hablar del cáncer de próstata nos estamos refiriendo a un crecimiento descontrolado de las células situadas en la próstata con facultad de invadir (infiltración) los tejidos sanos y alcanzar y proliferar órganos alejados e implantarse en ellos (metástasis).

El cáncer de próstata es el segundo más frecuente entre los hombres con aproximadamente 680.000 nuevos casos al año en el mundo. En España, de todos los tumores que presentan los hombres el de próstata representa el 13,6%.

Se calcula que la incidencia global prevista del cáncer para la población española total en 2015 es de 222.069, de los cuales 18.574 serán de próstata.

Las principales modalidades de tratamiento son: cirugía, radioterapia y quimioterapia.

Actualmente, las técnicas quirúrgicas para practicar una prostatectomía radical son: la prostatectomía radical abierta (PRA), se llega a la próstata realizando una incisión desde el ombligo hasta el pubis, o la prostatectomía radical laparoscópica (PRL), se realizan varias incisiones abdominales que permiten colocar unos tubos (trócares) a través de los cuales el urólogo opera mirando las imágenes recogidas por una cámara.

El presente estudio se ha llevado a cabo en la unidad de hospitalización 3C del hospital Son Llàtzer de Palma de Mallorca. Dicha unidad consta de 36 camas, 21 de las cuales pertenecen a la especialidad de urología. Actualmente en dicho hospital utilizan dos técnicas quirúrgicas en el manejo del cáncer de próstata; prostatectomía radical abierta y laparoscópica.

Se han estudiado 101 casos intervenidos de cáncer de próstata en el período comprendido entre enero de 2007 y mayo de 2009.

Se pretende evaluar las diferencias de los cuidados enfermeros de la técnica laparoscópica frente a la cirugía abierta en el postoperatorio.

Como objetivos específicos se valorarán: la morbilidad postoperatoria, el grado de autonomía y la estancia media de hospitalización.

Todo ello contribuirá en la revisión y mejora de la planificación de los cuidados de enfermería tanto individualizados como estandarizados en dichos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado un estudio retrospectivo, descriptivo y comparativo. De enero de 2007 a mayo de 2009 se practicaron 101 cirugías prostáticas radicales, de las cuales 53 fueron por vía abierta y 48 por vía laparoscópica. Se acotó la edad del paciente entre 60 y 75 años; descartando del estudio aquellos pacientes que presentaban dependencia en las actividades de la vida diaria previa a la intervención quirúrgica y aquellos que presentaron complicaciones yatrogénicas en el postoperatorio tardío.

Las variables que se analizan para comparar ambos grupos son: hemorragia, presencia de dolor y demanda de analgesia, evolución de la herida quirúrgica y necesidad del drenaje, necesidad de higiene, movilización, eliminación y alimentación.

HEMORRAGIA

Valorado según la necesidad de hemotransfusión:

1. No precisa hemotransfusión.
2. Transfusión de 1 concentrado de hematíes.
3. Transfusión de más de 1 concentrado de hematíes.

DOLOR Y DEMANDA DE ANALGESIA

Se valoró la necesidad de analgesia de rescate:

1. No precisa analgesia de rescate.
2. Precisa analgesia de rescate.

Los fármacos utilizados para el control del dolor abarcan los tres escalones de la escala analgésica, existiendo diferencias considerables entre las dos técnicas.

En la PRA se administran analgésicos no opioides y fármacos opioides fuertes (analgesia controlada por el paciente (PCA) de cloruro mórfico durante al menos las primeras 24 h, pudiéndose alargar hasta 48 horas en función de la intensidad del dolor).

Mientras el dolor en la PRL es controlado con uso de analgésicos no opioides y ocasionalmente uso de opiáceos fuertes de rescate.

EVOLUCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA

1. No hay complicaciones.
2. Hay complicaciones.

Ambas curas se realizan mediante la misma técnica (cura seca).

En la PRL no se ha detectado ninguna complicación. Sin embargo, en la PRA se han dado diversas complicaciones, en orden de incidencia fueron: hematoma, infección y dehiscencia.

NECESIDAD DE MOVILIZACIÓN

1. Deambulación.
2. Sedestación.
3. Reposo absoluto.

En ambas cirugías se establece reposo absoluto durante las 24 primeras horas. Si el estado hemodinámico del paciente lo permite, se intenta la movilización precoz a la mañana siguiente de la intervención, siendo más habitual la deambulación en la PRL y la sedestación en la PRA.

Los pacientes intervenidos de PRA precisan mayor ayuda para la movilización relacionada con mayor aparataje.

NECESIDAD DE HIGIENE

1. Autónomo.
2. Ayuda parcial.
3. Ayuda total.

Se observa una mayor necesidad de ayuda total en la PRA (higiene asistida en cama) relacionada con las restricciones impuestas de movilidad y aparataje.

En la PRL se observa una mayor autonomía del paciente (higiene en ducha).

Aún así, y debido a la falta de datos en el registro, no se han podido extraer datos estadísticos, por lo cual se ha descartado esta variable del estudio.

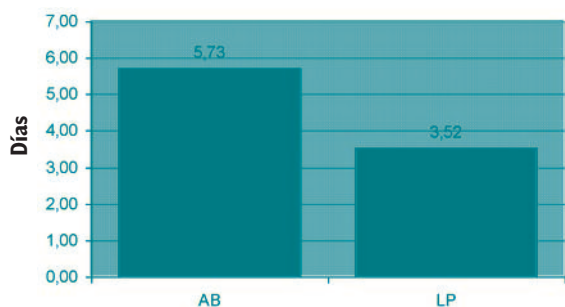
NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

A) Grado de autonomía:

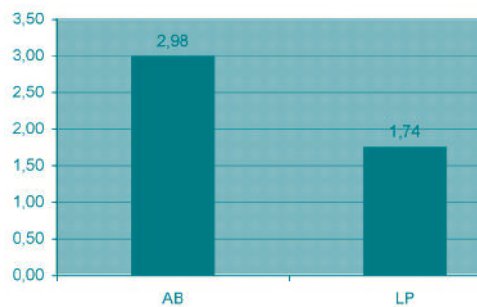
1. Autónomo.
2. Ayuda parcial.
3. Ayuda total.

También ha sido descartado del estudio por falta de datos.

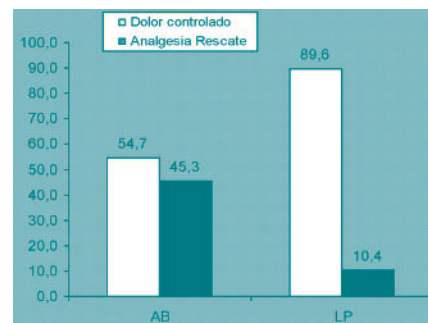
Estancia media

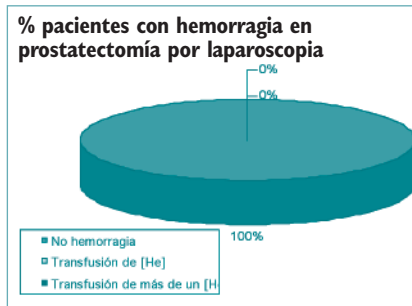
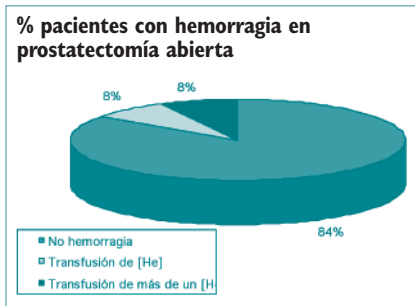
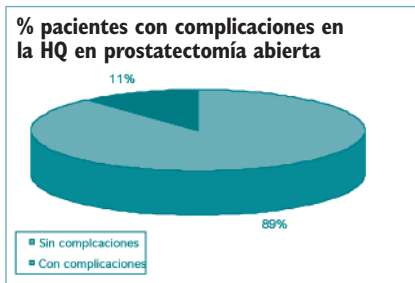


Drenaje



% respecto al total de pacientes





deambularon o sedestaron el 92,7%, mientras que en la abierta el 41,9% de los pacientes precisaron reposo absoluto. A las 48 h el 92,7% de los pacientes intervenidos por PRL deambulaban, frente al 44,2% de los intervenidos por PRA.

- El dolor. Está controlado en el 89,6% de los pacientes intervenidos mediante laparoscopia, respecto al 54,7% en la abierta.
- Herida quirúrgica. Ningún paciente intervenido por LPS presentó complicaciones de la herida, sin embargo un 11,9% de los intervenidos mediante técnica abierta sí se complicó. Las complicaciones surgidas fueron hematoma, infección y dehiscencia.
- Hemorragia. Ningún paciente operado por LPS precisó hemotransfusión, mientras que en la abierta precisó un 16%.

No existen diferencias significativas respecto a patrón de eliminación (un tercio de ambos precisó uso de laxantes).

B) Riesgo de estreñimiento:

Ambas cirugías precisan habitualmente uso de laxantes (Micralax, Duphalac) indistintamente de si se trata de PRA o PRL.

NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN

No existen grandes diferencias en cuanto a la evolución de la tolerancia oral en función de la técnica empleada, dado que ambas intervenciones se realizan con anestesia general.

Casi la totalidad de los pacientes intervenidos en ambas cirugías reiniciaron dieta el mismo día de la intervención, habitualmente en forma de líquidos. El primer día del postoperatorio todos los pacientes ya toleraron una dieta de consistencia blanda-basal.

La tolerancia se inició en ambos por igual, durante el postoperatorio inmediato.

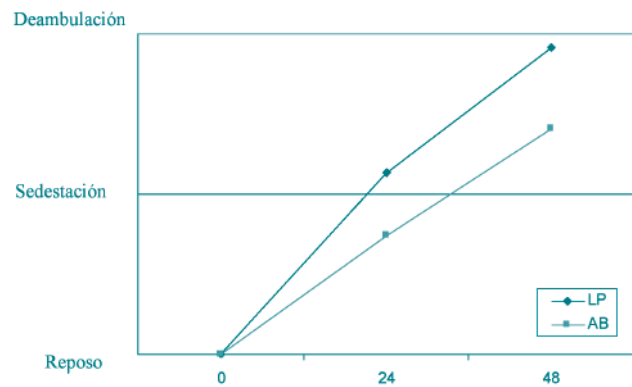
Se eliminó la variable de necesidad de higiene y necesidad de eliminación (grado de autonomía) por falta de datos registrados en la historia clínica.

RESULTADOS

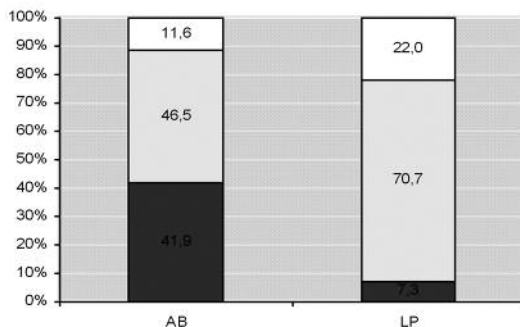
Las variables en las que se observa una diferencia más significativa son:

- La estancia media hospitalaria. Se duplica en la cirugía abierta.
- La movilización. Es más precoz en los pacientes intervenidos mediante laparoscopia. Éstos durante las primeras 24 h

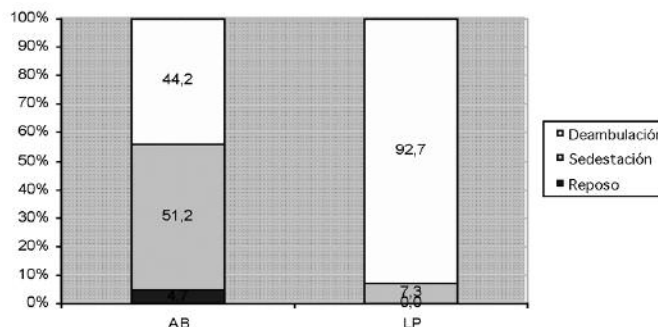
Movilización progresiva

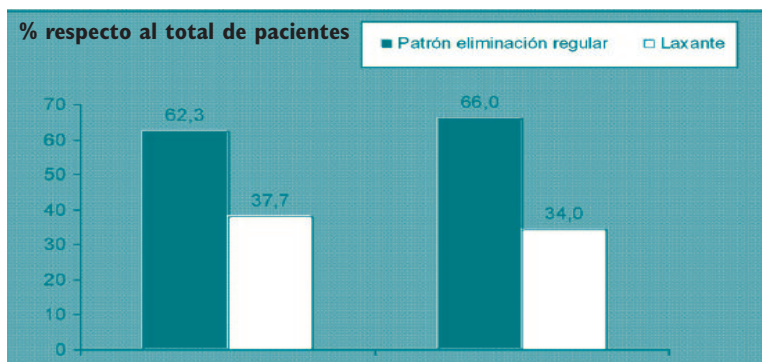


Movilización a las 24 horas



Movilización a las 48 horas





DISCUSIÓN

Aparentemente, la cirugía laparoscópica en el tratamiento del cáncer de próstata supone una mayor autonomía del paciente, un postoperatorio más corto y con menor número de complicaciones. Si bien su uso está condicionado por factores tales como: el volumen prostático, experiencia del cirujano, morbilidad coexistente en el paciente y edad del paciente. ▼

BIBLIOGRAFÍA

- Ortega Botana, J. Javier; Caballero Gálvez, Sergio; Rivero López, Melchor. Prostatectomía radical laparoscópica: actualización de enfermería. *Hygia de Enfermería* 2008 sep-dic. XV(69): 30-34. Protocolo y pautas de actuación.
- Men's experiences following laparoscopic radical prostatectomy: a qualitative descriptive study. Milne JL, Spiers JA, Moore KN. *Int J Nurs Stud*. 2008 May; 45(5):765-74. Epub 2007 May 4. PMID: 17482192 [PubMed - indexed for MEDLINE]. Related Articles.
- Robotic-assisted laparoscopic radical prostatectomy. Rigdon JL. *AORN J*. 2006 Nov; 84(5):760-2, 764, 766-770; quiz 771-4. Related Articles.
- Laparoscopic radical robotic prostatectomy: a case study. Borch M, Hattala P, Baron B, Rust K, Simmons B, Leonhardt A, Kiernan M, Shayder D, Davey A, Yovanovich J. *Urol Nurs*.

2007 Apr; 27(2):141-3. PMID: 17494454 [PubMed - indexed for MEDLINE]. Related Articles.

Laparoscopic radical prostatectomy: a less invasive approach. Paré J. *Can Oper Room Nurs J*. 2006 Sep; 24(3):31, 33, 36-7. PMID: 17044265 [PubMed - indexed for MEDLINE]. Related Articles.

Prostate cancer: prevention and management of localized disease. Gray M, Sims T. *Nurse Pract*. 2006 Sep; 31(9):14-29; quiz 29-31. Review. No abstract available. PMID: 16971829 [PubMed - indexed for MEDLINE]. Related Articles.

Care of the patient undergoing robotic-assisted prostatectomy. Starnes Ds TW. *Urol Nurs*. 2006 Apr; 26(2):129-36. PMID: 16703921 [PubMed - indexed for MEDLINE]. Related Articles.

Care of the patient undergoing radical cystectomy with a robotic approach. Overstreet DL, Sims TW. *Urol Nurs*. 2006 Apr; 26(2):117-22. Review. PMID: 16703919 [PubMed - indexed for MEDLINE]. Related Articles.

The value of the marginalia as an adjunct to structured questionnaires: experiences of men after prostate cancer surgery. Powel LL, Clark JA. *Qual Life Res*. 2005 Apr; 14(3):827-35. PMID: 16022075 [PubMed - indexed for MEDLINE]. Related Articles.

Robotic assisted prostatectomy. Sandlin D. *J Peri-nesth Nurs*. 2004 Apr; 19(2):114-6. No abstract available. PMID: 15069653 [PubMed - indexed for MEDLINE]. Related Articles.

APARENTEMENTE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA SUPONE UNA MAYOR AUTONOMÍA DEL PACIENTE, UN POSTOPERATORIO MÁS CORTO Y CON MENOR NÚMERO DE COMPLICACIONES. SI BIEN SU USO ESTÁ CONDICIONADO POR FACTORES TALES COMO: EL VOLUMEN PROSTÁTICO, EXPERIENCIA DEL CIRUJANO, MORBILIDAD COEXISTENTE EN EL PACIENTE Y EDAD DEL PACIENTE

NECROLÓGICA

El pasado día 15 de Junio y después de una larga y penosa enfermedad nos dejó nuestra compañera y amiga de todos, **M^a Jose Peydro Rico**. Hasta el último momento y haciendo gala de una entereza y coraje admirables, luchó por mantener una sonrisa de ánimo y esperanza.

Alegre, llena de tesón y fuerza de voluntad, debe servirnos de ejemplo a todos de cómo sobrellevar una enfermedad, que ella sabía incurable.

Para todos los que la conocimos será siempre un referente, cuanto la echaremos de menos en cada Congreso, en cada reunión, en cada uno de los momentos que compartimos con ella.

Descansa en paz compañera y amiga.

PREMIO ENFURO

Durante el acto de clausura del XXXII Congreso a celebrar en Málaga se hará entrega del premio «ENFURO» otorgado al mejor trabajo publicado en la revista durante los dos últimos años (números del 106 al 113) ambos inclusive.

El montante económico del mismo será de 600 euros.

El Jurado estará compuesto por:

- Un miembro del consejo de redacción de *Enfuro*
- Tres miembros de la Asociación Española de Enfermería en Urología.

El fallo del Jurado será comunicado a los interesados con antelación al Congreso pudiendo ser recogido por los premiados o persona en quien deleguen.