

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**CUIDADO DE ENFERMERIA EN LA ATENCION INTRAOPERATORIA
DE LA PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCOPICA EN EL
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS – 2017**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA EN
CENTRO QUIRURGICO.**

LIC. MARIA ELENA TORO VELARDE

CALLAO – 2017

PERÚ


DRA. ZOILA DÍAZ TAVERA
CEP. 18988-RNE. 1512

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO EXAMINADOR:

LIC. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO	PRESIDENTA
MG. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN	SECRETARIO
MG. ADRIANA YOLANDA PONCE EYZAGUIRRE	VOCAL

ASESORA: DRA. ZOILA ROSA DÍAZ TAVERA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 467

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 31 de Octubre del 2017

Resolución Decanato Nº 2827-2017-D/FCS de fecha 26 de Octubre del 2017 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

INDICE

INTRODUCCIÓN	01
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	03
1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA	03
1.2. OBJETIVO	05
1.3. JUSTIFICACION	05
II. MARCO TEÓRICO	06
2.1 ANTECEDENTES	06
2.2 MARCO CONCEPTUAL	07
2.3 DEFINICION DE TERMINOS	18
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	19
3.1 RECOLECCION DE DATOS	19
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	19
3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME	21
IV. RESULTADOS	24
V. CONCLUSIONES	30
VI. RECOMENDACIONES	31
VII. REFERENCIALES	32
ANEXOS	33
• GUIA DE PROCEDIMIENTOS	34

INTRODUCCIÓN

El manejo de las afecciones oncológicas van de la mano con la implementación de nuevas tecnologías por lo que los cambios, en diagnóstico desde el punto de vista de precisión y detección temprana, han determinado un cambio en relación al tratamiento quirúrgico en las diferentes especialidades; desde el uso de cirugía láser en algunas especialidades como la cirugía video- endoscópica o cirugía mínimamente invasiva, que permitan realizar procedimientos menos agresivos y por ende más conservadores, exigiendo así que el personal de enfermería de centro quirúrgico sea personal altamente calificado con conocimiento de tecnología actual, control de infecciones intrahospitalarias procedimientos de desinfección – esterilización y demás, lo cual conlleva a brindar una atención de calidad, continua, oportuna y eficaz en el pre, trans y post operatorio inmediato teniendo que planificar, organizar, dirigir, y controlar toda y cada una de las etapas en el acto quirúrgico teniendo en cuenta los ambientes idóneos, insumos, equipos biomédicos en buen estado de preservación.

En este informe se describe sobre los cuidados de enfermería intraoperatorios en prostatectomía radical laparoscópica en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Los cambios se van produciendo rápidamente en el acto quirúrgico debido al avance tecnológico; por este motivo se elaboró una de guía de procedimientos en prostatectomía radical laparoscópica, herramienta formativa de fácil manejo para los profesionales de enfermería del servicio de centro quirúrgico en especial para el personal nuevo, este documento nos permite la actualización y mejora la adaptabilidad continua a los cambios tecnológicos; con el objetivo de conseguir la máxima calidad de atención en los cuidados intraoperatorios reduciendo de esta manera los efectos adversos y complicaciones intra y post quirúrgicos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA

El cáncer es una enfermedad con alta carga de sufrimiento personal y familiar, siendo un serio problema de salud pública en nuestro país y a nivel global (1)

Para el 2030 la OMS estima que 21,3 millones de personas desarrollaran la enfermedad de cáncer y 13.1 millones de personas morirán (1).

El cáncer de próstata fue la neoplasia maligna más frecuente en hombres. En el periodo 2010 – 2012, se diagnosticó en Lima Metropolitana 5.935 casos nuevos de cáncer de próstata, con una tasa de incidencia estandarizada de 48,6 por 100.000 hombres. De otro lado se registró 2.012 muertes por cáncer de próstata y fue la primera causa de muerte entre los hombres residentes en Lima Metropolitana (1)

Con el paso del tiempo se ha llegado a la conclusión de que la utilización de la técnica laparoscópica es una alternativa para la solución de algunas patologías urológicas, lo que implica que cada vez más equipos quirúrgicos la utilicen. Una de las mayores ventajas para el paciente se encuentra en la disminución del dolor en el postoperatorio y en un menor tiempo de recuperación, aunque también se apunta la dificultad de la técnica como inconveniente en su realización, dado que los equipos quirúrgicos necesitan un aprendizaje y el tiempo de realización de la intervención es mayor que en la cirugía convencional (2).

En nuestro hospital del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas comienza las técnicas laparoscópicas en 2004 y hasta la fecha se viene realizado, entre las que se encuentran, nefrectomías radicales, parciales

laparoscópicas, prostatectomías radicales laparoscópicas como tratamiento quirúrgico de cáncer de próstata. La aplicación de esta técnica permite reducir la estancia, además de las infecciones nosocomiales, lo que contribuye todo ello a la mejora de calidad de vida en el postoperatorio

En el Instituto Nacional De Enfermedades Neoplásicas en el Servicio de centro quirúrgico, en el transcurrir de mi trabajo eh observado, que la prostatectomía radical laparoscópica a la semana se realizan 1 a 2 cirugías en promedio por otra parte la exigencia del cirujano es que el personal de enfermería de centro quirúrgico tiene que ser personal altamente calificado con conocimiento de tecnología actual, control de infecciones intrahospitalarias procedimientos de desinfección – esterilización y demás, lo cual conlleva a brindar una atención de calidad, continua, oportuna y eficaz en el pre, trans y post operatorio inmediato teniendo que planificar, organizar, dirigir, y controlar toda y cada una de las etapas en el acto quirúrgico teniendo en cuenta los ambientes idóneos, insumos, equipos biomédicos en buen estado de preservación.

En el transcurrir de mi trabajo, de acuerdo al avance tecnológico se produce constantes cambios en las técnicas quirúrgicas, afectando a los planes de cuidados de los pacientes. Muchas veces por falta de conocimiento o comunicación de algún material que se va usar en dicha cirugía en alguna de las etapas del acto quirúrgico se produce contratiempo una vez iniciada la cirugía causando malestar en el cirujano. Para ayudar en todo este proceso hace falta de una herramienta formativa y de fácil manejo que ayudaría al profesional de enfermería en centro quirúrgico en el desempeño de sus funciones y su organización.

1.2 OBJETIVO

Describir los cuidados de enfermería en la atención Intraoperatoria de la prostatectomía radical laparoscópica en el instituto nacional de enfermedades neoplásicas – 2017.

1.3 JUSTIFICACION

El paciente con cáncer requiere una atención integral multidisciplinaria que le permita vivir su proceso de salud – enfermedad y/o muerte en las mejores condiciones posibles.

Como en cualquier otro ámbito de la actividad de enfermería en el área quirúrgica en prostatectomía laparoscópica, también debemos adaptar nuestra labor al cambio en las tendencias y en los avances tecnológicos, esto supone innovaciones y aprendizaje de técnicas, para así poder prestar los cuidados de enfermería con calidad y desde la atención integral a los pacientes.

Conseguir la máxima calidad en los cuidados intraoperatorios, reduciendo la frecuencia de los efectos adversos y posibles complicaciones Intra y post operatorias.

El profesional de enfermería del ámbito quirúrgico, tendrá una herramienta formativa de fácil manejo con una información acerca del tipo de intervención, los cuidados del paciente, los materiales necesarios y la ubicación de todo el equipo en el quirófano.

II. MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

VILCA Verónica. realizó en Ecuador en el 2013 un estudio titulado **“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS ETAPAS PRE, TRANS Y POSQUIRÚRGICAS Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL DEL PACIENTE SOMETIDO A LARGAS HORAS DE CIRUGÍA EN EL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO”**. Con el objetivo de Fundamentar científicamente el Proceso de Enfermería Quirúrgica en las etapas pre, trans y postquirúrgicas en pacientes sometidos a cirugías de larga duración, las complicaciones en la integridad de la piel. El método fue exploratoria, descriptiva, explicativa. La muestra estuvo conformada por los pacientes operados. El instrumento que se utilizó para la recolección de la información fue la observación y la técnica fue la encuesta. Las conclusiones a las que llego entre otros fueron:

“En lo que se refiere al conocimiento proceso-enfermero el 60% del personal encuestado desconoce dicho proceso ya que este es nuevo para la mayor parte de las enfermeras y solo el 40% sabe en qué consiste el mismo. Se debe hacer énfasis en la educación continua del personal para las actualizaciones científicas y por ende brindar una atención de calidad al paciente.”

Referente a Valora al paciente al llegar al centro quirúrgico

Al observar al personal de enfermería se pudo ver que el 60% si valora al paciente de una manera céfalo caudal y a veces revisando la historia clínica y el 40% no lo hace de ninguna manera. Esta valoración permite

identificar los posibles problemas que puede presentar el paciente durante el acto quirúrgico, y/ o prevenir complicaciones.

CASTILLO Beatriz, en su trabajo "PLAN DE CUIDADOS EN QUIROFANO: CIRUGIA ABDOMINAL LAPAROSCOPICA", con el objetivo de planificar la actuación de la enfermera en un quirófano ante la cirugía abdominal laparoscópica. El método es la observación directa. La muestra son los Pacientes ingresantes a quirófano. Concluyendo a:

La rápida evolución tecnológica implica una formación constante, debido a la importancia de la planificación, conocimiento de instrumental y material, así como mantenimiento y conservación de todos los elementos imprescindibles para realizar este tipo de cirugía, de gran coste y precisión.

La cirugía laparoscópica ha evolucionado vertiginosamente desde sus inicios, cada vez son más las indicaciones, tanto diagnósticas como terapéuticas en todas las especialidades quirúrgicas que abordan la cavidad abdominal. Se trata de un tipo de cirugía con un importantísimo componente tecnológico y en el que se requiere una compenetración y coordinación muy importante entre todos los componentes del equipo quirúrgico.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

CUIDADO

La noción de cuidado está vinculada a la preservación o la conservación de algo o a la asistencia o ayuda que se brinda a otro ser vivo. King (1981)

ENFERMERIA

Según Henderson (1961) Enfermería es la asistencia al individuo enfermo o sano en la ejecución de aquellas actividades que favorecen su salud o su repercusión; o ayudarlo a tener una muerte en paz, tareas que él podría

realizar si ayuda, si tuviera las energías, fuerza de voluntad o conocimientos necesarios.

Se define como un proceso de acción, reacción, interacción y transacción por el cual la enfermera y el paciente comparten informaciones sobre la manera de percibir las situaciones propias de enfermería.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

El cuidar a través de los tiempos pasó de un comportamiento de apenas sobrevivir, a acciones más racionales y sofisticadas y hoy es considerado como:

- . Una forma de ser (Heidegger, 1962)
- . Una forma de relacionarse (Roach, 1993)
- . Un imperativo moral (Watson, 1988)
- . La esencia de ser de la enfermería (Leininger, 1991)

Siendo la esencia de enfermería, el cuidado: es necesario construir un cuerpo de conocimientos a partir de una visión holística del ser humano, con la finalidad de actuar de forma eficaz y comprometida, garantizando un bienestar físico, mental y social del individuo, familia y comunidad.

ATENCION INTRAOPERATORIA

Es el periodo que se considera desde el traslado del paciente al quirófano hasta la unidad de asistencia post anestésica (3).

PROSTATA

Anexo glandular del aparato genitourinario con forma de castaña, localizada enfrente del recto, debajo y a la salida de la vejiga. Contiene células que producen parte del líquido seminal que protege y nutre a los espermatozoides contenidos en el semen (9).

PROSTATECTOMIA RADICAL

Extirpación de toda la glándula prostática entre la uretra y la vejiga, incluyendo la resección de ambas vesículas seminales y suficiente tejido circundante. Este procedimiento se acompaña de disección de los ganglios linfáticos pélvicos bilaterales (9).

La prostatectomía está indicada para el tratamiento del cáncer de próstata y de la hipertrofia (agrandamiento) benigna de la próstata, que ocurre en el paciente anciano y da lugar a obstrucción urinaria. Intención es curativa (9).

PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCOPICA

Es un tratamiento quirúrgico mínimamente invasivo para el cáncer de próstata. Consta de unas pequeñas incisiones para remover la próstata completamente.

La prostatectomía radical laparoscópica (PRL) ha sido establecida y adoptada por centros urológicos especializados de todo el mundo como el método fundamental de tratamiento quirúrgico del cáncer de próstata localizado. Datos recientes sugieren que no hay diferencias significativas entre la prostatectomía retro púbica radical abierta estándar y la PRL en cuanto a resultados funcionales y control del cáncer a corto plazo (márgenes quirúrgicos positivos y progresión del PSA). Además, la prostatectomía radical laparoscópica aporta una visión ampliada excelente de la anatomía pélvica, un tiempo de cateterización más corto y baja tasa de complicaciones intra y posoperatorias (4).

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Posicionamiento del paciente

Suele realizarse con el paciente bajo anestesia general. Se coloca a los pacientes en decúbito supino con las piernas ligeramente separadas. La torre de laparoscopia se coloca al pie de la mesa de operaciones y al paciente en decúbito supino con una inclinación de la cabeza de 20° hacia abajo, una inclinación hacia debajo de la cabeza de 10° era suficiente para realizar el procedimiento, porque el intestino no interfería con este procedimiento. Además, incluso tiempos quirúrgicos largos en casos difíciles pueden controlarse sin limitaciones cardiopulmonares (4).

Cuidado de enfermería:

La colocación del paciente es responsabilidad de todo el equipo quirúrgico, se realiza una vez que esté anestesiado el paciente, los brazos se pondrán a ambos lados del cuerpo y se utilizará una hombrera para estabilizar al paciente en la posición de Trendelenburg. Los MMII en abducción sujetándolos a la mesa con una sábana alrededor de los tobillos con la posibilidad de abrir las piernas durante la intervención para acceder al recto en las próstatas, debe estar seguro protegido con fines de evitar caídas o alguna alteración de la integridad de la piel.

La enfermera instrumentista: coloca y prepara todo el instrumental estéril, ayuda a la colocación del campo quirúrgico y durante la cirugía mantiene el orden de los instrumentos, protege la esterilidad de todos los equipos y atiende las necesidades del equipo quirúrgico según el ritmo de la cirugía. Está pendiente del desarrollo de la intervención, estando preparada para convertir la cirugía en abierta si existe algún accidente o complicación (punción de órganos, etc.).

La enfermera circulante colabora con el anestesista en la vigilancia del paciente y en todos los tratamientos necesarios. Coloca todos los aparatos de manera que se permita una adecuada circulación por el quirófano, conecta los diferentes cables de la torre de laparoscopia, electro bisturíes, etc., y atiende las necesidades de material e instrumental durante la intervención.

Colocación del trocar

El primer paso en el procedimiento es crear un espacio preperitoneal y la colocación del primer trocar. Se realiza una incisión de 15 mm en el pliegue infraumbilical inmediatamente lateral a la línea media y se lleva hacia abajo a la fascia del recto anterior. Se corta horizontalmente la fascia del recto anterior, exponiendo el músculo recto. Se separan verticalmente las fibras del músculo recto mediante disección roma, exponiendo la fascia del recto posterior. El espacio entre el músculo recto y el vaina posterior del recto se amplía de forma roma mediante disección con el dedo en la dirección del espacio preperitoneal. La vaina posterior del recto está ausente por debajo de la línea arqueada. Se introduce un trocar de balón por encima de la vaina del recto posterior y se insufla bajo control visual directo. Los vasos epigástricos y el arco púbico son las principales referencias durante la dilatación con balón.

Se retira el trocar de balón y se colocan suturas de sujeción a ambos lados de la incisión de la fascia del recto. Se introduce y se fija un trocar óptico (de tipo Hassan). Después de la insuflación con CO₂ (12 mmHg), se coloca el segundo trocar de 5 mm dos dedos a la izquierda, lateral a la línea media (en una proporción 1/3 a 2/3 del ombligo al arco púbico) utilizando este puerto se disecciona bajo visión el espacio pre peritoneal para rechazar el peritoneo. Se coloca un trocar de 5 mm medial a la espina ilíaca superior anterior derecha. Se coloca otro trocar de 5 mm en la línea para rectal derecha, teniendo cuidado de evitar lesionar los vasos epigástricos. Se

coloca el trocar final de 12 mm aproximadamente a tres dedos medial a la espina ilíaca superior anterior izquierda. En pacientes muy obesos o muy altos, todos los trocares deben colocarse 1-3 cm caudalmente para un acceso óptimo al espacio retropúbico (4)

Cuidado de enfermería: para este tiempo la enfermera debe tener listo los trocares los punzones funcionando una vez entregada el primer trocar se conecta el gas a través de la válvula, Después de la insuflación con CO₂ (12mmHg de presión), la presión a la que se debe trabajar laparoscópicamente es máximo 12mm de Hg, esta presión se debe mantener constante. Al inicio del neumoperitoneo es recomendable iniciar la insuflación a 1 litro por minuto pasado esto se puede aumentar el flujo a 15 Litros o más.

Si la presión del CO₂ sube a 15mmHg a mas, se pueden tener múltiples problemas como: disminución del retorno venoso por retención en el área esplacnica e ingurgitación yugular, sobrecarga ventricular y congestión, incremento de la capnemia (CO₂ en sangre) y la capnografía (CO₂ exhalado), lo cual no es muy recomendable porque puede provocar daño en especial en el paciente anciano. Sin el neumoperitoneo es imposible operar, porque no habría espacio para el desplazamiento de los instrumentos y manipulación de los órganos (5)

Disección de ganglios linfáticos pélvicos

Cuando está indicado, se realiza disección de los ganglios linfáticos pélvicos como procedimiento de estadificación, incluyendo los ganglios linfáticos del área entre la bifurcación de la arteria ilíaca común (borde craneal), los vasos ilíacos y el cordón espermático (borde lateral), el hueso púbico (borde caudal) y el nervio obturador (borde posterior) (4).

Cuidado de enfermería: en este tiempo quirúrgico el cirujano al liberar los ganglios linfáticos pélvicos retira la muestra patológica y entrega a la enfermera instrumentista, la instrumentista entrega este espécimen a la

circulante para ser rotulado oportunamente (evitar la confusión de la muestra) y posteriormente su envío a patología.

Exposición de la próstata y el cuello vesical e incisión de la fascia endopélvica

El primer paso del procedimiento es la disección del espacio de Retzius. Se exponen la superficie anterior del cuello de la vejiga, la superficie anterior de la próstata y la fascia endopélvica y se separa suavemente el tejido graso sub yacente a estas estructuras. A menudo, hay una rama superficial del complejo de la vena dorsal profunda que discurre a lo largo de la cara anterior de la próstata y se divide en el cuello vesical en dos ramas. Se fulgura esta vena con pinzas bipolares y se corta. Luego, se incide la fascia endopélvica a ambos lados, exponiendo las fibras del músculo elevador del ano (4).

Corte de los ligamentos puboprostáticos y ligadura del plexo de la vena dorsal

Se cortan ambos ligamentos. Después de este paso, la uretra y el complejo de la vena dorsal pueden visualizarse fácilmente a nivel del vértice prostático. Luego el asistente retrae la próstata proximalmente para conseguir un buen acceso al plexo de Santorini y una adecuada maniobrabilidad de la aguja. El plexo de Santorini es ligado con Vicryl 0 en una aguja CT-1 (ligeramente rectificadas hacia arriba) mediante el paso selectivo de la aguja por debajo del plexo de izquierda a derecha (4).

Cuidado de enfermería: la Instrumentista tener preparado la sutura con la pinza porta aguja laparoscópica y las medidas adecuadas que están indicadas de la sutura, los endoclips de titanio y hemoclips cargadas en su porta clips.

Dissección del cuello vesical

El cuello vesical puede identificarse después de la retirada de todo el tejido graso peri vesical adherida, que se solapa sobre la próstata en forma de triángulo. La dissección comienza en la posición de las 12, en la punta de este triángulo. La palpación con el fórceps y la movilidad del balón del catéter, pueden ayudar a identificar el límite entre el cuello móvil de la vejiga y la próstata sólida, en casos difíciles. Se amplía la dissección del cuello de la vejiga desde la posición de las 10 a la de las 2 y se disecciona la musculatura longitudinal del cuello de la vejiga. Se incide en el cuello de la vejiga y el asistente tira hacia arriba el catéter-balón deshinchado hacia el espacio retropúbico bajo tensión continua. Ahora se continúa la dissección en la dirección lateral, en un plano entre el cuello de la vejiga y la próstata. En procedimientos de conservación de nervios, es importante cortar la fascia delgada supra yacente a la cara anterior de la próstata, para movilizar ambos haces neurovasculares antes de la preparación y dissección de la parte dorsal del cuello de la vejiga. Luego, se disecciona completamente el cuello vesical. Se tiene cuidado de llevar la dissección en el plano correcto entre la próstata y el cuello vesical para evitar cualquier perforación intra prostática. Primero se divide completamente el cuello vesical entre las posiciones de las 5 y las 7 en punto. Se visualizan las porciones ampulares de los conductos deferentes como referencias anatómicas. La dissección se extiende bilateralmente de forma roma y cortante (4).

Cuidado de enfermería: en el momento de la identificación del cuello vesical, se retira la sonda y colocan el benique n° 18 ó 20, para ello la instrumentista tener preparado este instrumental y xilones en jalea cargada en una jeringa de 20cc para lubricar el benique.

Dissección de las vesículas seminales e incisión de la fascia de Denonvillier

Después de la dissección completa del cuello de la vejiga, el ayudante eleva anteriormente la próstata. Después de la dissección de los deferentes, se identifican fácilmente las vesículas seminales y se disecan completamente. La dissección se realiza exclusivamente con las tijeras de ultrasonidos Ultracisión o Sonosurge para evitar las lesiones a los haces neurovasculares que se encuentran próximas a las puntas de las vesículas seminales.

Después de la dissección de las vesículas seminales, el ayudante sujeta la ampolla derecha y la vesícula seminal derecha, el cirujano la ampolla izquierda y la vesícula seminal izquierda en una dirección craneolateral. Con esta maniobra, se desarrolla una "ventana" que alcanza desde la cara dorsal de la próstata a los pedículos prostáticos. Luego se corta la capa posterior de la fascia de Denonvillier y se visualiza el tejido graso pre rectal. Se continúa la dissección de forma roma y cortante lo más lejos posible hacia el vértice de la próstata, estrictamente en la línea media, para evitar las lesiones a los haces neurovasculares (4)

Conservación de los haces neurovasculares

La movilización de los haces neurovasculares comienza con la incisión de la fascia delgada que se encuentra por encima de la cara anterior-lateral de la próstata (fascia periprostática) durante la dissección dorsal del cuello vesical. Esta incisión se lleva hacia delante en dirección caudal. En muchos casos, es posible una dissección roma de esta fascia delgada. El proceso de conservación de los haces neurovasculares se continúa después de la dissección completa de las vesículas seminales. Durante la preparación de los haces neurovasculares izquierdos, el ayudante retrae la próstata movilizadora parcialmente hacia el lado derecho y viceversa. Los haces

neurovasculares se fijan a la superficie dorsolateral de la próstata. Usando los dispositivos Ultracisión o Sonosurge, los haces neurovasculares se separan completamente de la próstata durante la disección del pedículo prostático. El dispositivo se usa fundamentalmente como herramienta de disección y sólo cuando es absolutamente necesario se activa la energía térmica. Como alternativa, pueden ponerse grapas en vasos pequeños y dividirse entre endo-clips. Durante la separación del haz, los pedículos prostáticos se dividen meticulosamente con ayuda de los dispositivos Ultracisión o Sonosurge. La disección comienza con el corte de los pedículos prostáticos craneales y se continúa caudalmente. La conservación de los haces neurovasculares cerca del vértice de la próstata se realiza antero lateralmente. El ayudante tira la próstata al lado derecho para la preparación del haz neurovascular izquierdo y viceversa (4).

Disección del plexo de la vena dorsal y disección apical

Se corta la uretra en el vértice como se describió previamente. Debe evitarse estrictamente la coagulación mono polar del muñón uretral para impedir el daño al esfínter externo estriado y a los haces nerviosos divergentes. En el caso de hemorragia menor en esta área, la presión de CO₂ puede aumentarse temporalmente a 16-18 mmHg o se usa cuidadosamente coagulación bipolar. Cuando la próstata se libera y disecciona completamente de sus estructuras circundantes, se coloca en una bolsa de recogida laparoscópica. La bolsa que contiene la pieza prostática se extrae parcialmente a través del lugar del trocar y se tracciona con una pinza Kocher. Entonces se reinserta el trocar paralelo a la bolsa, que se encuentra en la fosa ilíaca izquierda (4)

Cuidado de enfermería: una vez retirada el espécimen entrega a la instrumentista, entregar a la circulante con el nombre de la pieza operatoria para su oportuna rotulación y envié a patología.

Anastomosis uretrovesical (suturas interrumpidas)

La anastomosis se realiza con 9 suturas de Vicryl 2-0 interrumpidas con una aguja UR-6. Todos los puntos se realizan "de fuera a dentro" en el cuello de la vejiga y de "dentro a fuera" en la uretra. De esta manera, las suturas se atan siempre extraluminalmente.

El primer punto comienza en la posición de las 8 (de revés) seguido por puntos en las posiciones 7, 6 y 5 (hacia adelante) en el cuello vesical, de revés en la uretra. Después de cada punto uretral, tiene que retirarse hacia atrás el catéter para descartar la fijación por la sutura anastomótica. El punto de las 4 se realiza entonces hacia delante (cuello vesical) – hacia delante (uretra). Una vez terminada la circunferencia posterior, se coloca el catéter en la vejiga y se termina la anastomosis anterolateral y ventralmente. En el lado izquierdo, los puntos se realizan de revés-revés y en el lado derecho, hacia delante-delante.

Si durante la disección del cuello vesical no es factible una técnica de conservación del mismo, se hace una reconstrucción del cuello vesical en la posición de las 12, antes de colocarse los dos puntos finales en las posiciones 11 y 1 de la anastomosis. Finalmente, se comprueba la estanqueidad de la anastomosis llenando la vejiga con 200 ml de agua estéril. Al final del procedimiento, se coloca un catéter de drenaje Robinson 20 F en el espacio retropúbico. Finalmente, se extrae la bolsa laparoscópica con la pieza a través del trocar de 12 mm terminando así la cirugía. El drenaje se retira 24-48 horas después del procedimiento. A los cinco días de la intervención, se realiza una cistografía y si no hay fuga anastomótica, se retira el catéter uretral (4).

Cuidado de enfermería: en este tiempo quirúrgico el cirujano retira el benique y colocara la sonda Foley 20 (que debe ya estar preparada por la instrumentista), tener preparada las suturas para la confección de la anastomosis uretrovesical, con 2 suturas de 20cm (en el INEN se usa

capofil 2/0 SH), unidas exteriormente por el extremo distal y quitándole completamente la memoria a la sutura.

La instrumentista se encarga de introducir y retirar la sonda 5cm durante la anastomosis.

Para comprobar la impermeabilidad de la anastomosis cargar en una jeringa urológica de 60cm solución salina debe introducir 120ml.

Tener preparado el catéter de drenaje hemosuc No 12

Cierre de herida operatoria con suturas vicryl 1CT para la incisión subumbilical y vicryl 3/0 para cierre de piel con puntos subdérmicos.

2.3 DIFINICION DE TERMINOS

CUIDADO DE ENFERMERIA

Etimológicamente el cuidado deriva del latín cura: pensar, colocar atención, mostrar interés, revelar una actitud de desvelo y de preocupación.

Cuidar es establecer interacción con la persona: costumbre, creencias, valores, actitudes. La esencia de enfermería es el cuidado (6).

PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA

Es un tratamiento quirúrgico mínimamente invasivo para el cáncer de próstata. Consta de unas pequeñas incisiones para remover la próstata completamente (7).

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCION DE DATOS

La recolección de datos se obtiene de: registros de operación en centro quirúrgico y reporte de sala de operaciones departamento de urología del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas de Enero a Julio 2017.

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

En el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el servicio de Cirugía menor y endoscopia laboré a partir de julio del 2008 hasta diciembre de 2010; en el servicio de Sala de Operaciones a partir del 2011 hasta la actualidad vengo desempeñándome como enfermera asistencial (enfermera instrumentista).

Mi experiencia profesional en centro quirúrgico que se inició en el año 2011, al ingresar a laborar al INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS donde hasta la actualidad vengo desempeñándome profesionalmente realizando diversas actividades principalmente en la atención del paciente oncológico quirúrgico, este proceso se dio a medida que asumí mayores responsabilidades en el campo laboral contando con una serie de herramientas y habilidades. Las afecciones oncológicas van de la mano con la implementación de nuevas tecnologías por lo que los cambios, en diagnóstico desde el punto de vista de precisión y detección temprana, han determinado un cambio en relación al tratamiento quirúrgico en las diferentes especialidades; desde el uso de cirugía láser en algunas especialidades como la cirugía video-

endoscópica o cirugía mínimamente invasiva, el uso de implantes como mini placas en las reconstrucciones óseas, el avance de la cirugía vascular y microcirugía así como tratamientos adyuvantes que permitan realizar procedimientos menos agresivos y por ende más conservadores. Para todo este proceso necesariamente tuve que capacitarme, entrenarme en cada uno de las cirugías para de esta manera contribuir a que el proceso quirúrgico sea para el paciente más confortable y llevadero, además de favorecer y agilizar la gestión quirúrgica y el desarrollo técnico de las cirugías. La enfermera que se encarga de la preparación y coordinación de todo el acto quirúrgico para que se desarrolle con normalidad se la conoce como enfermera circulante. La que realiza la labor de instrumentación y colaboración directa con la cirugía, manteniendo la asepsia y esterilidad de materiales e instrumentos, así como conservando la integridad y seguridad del campo quirúrgico, se la denomina instrumentista, cada uno de estos roles fui asumiendo en cada especialidad quirúrgica, que genera un sistema particular de trabajo, realizando unas técnicas acordes con su campo de actuación.

La sofisticación y desarrollo tecnológico sufrido en los últimos años en el entorno de la cirugía (por ejemplo la cirugía endoscópicas, radioterapia intraoperatorias) han introducido nuevos métodos, materiales e instrumentos, que para las enfermeras exigen realizar un conjunto de actividades impensables hasta hace poco tiempo, generando un trabajo que puede ser bien diferente de unas unidades o especialidades a otras. Existiendo pues, importantes esfuerzos para la normalización y estandarización de la actividad de la enfermera Intraoperatoria y para ello se elaboró una serie de guías de procedimientos de las diferentes cirugías oncológicas haciendo falta de las cirugías endoscópicas y radioterapias intraoperatorias, por ello mi interés de aportar a mi servicio con la elaboración de una guía de procedimiento en cirugía de prostatectomía radical laparoscópica ya que este documento nos permite mejorar la

organización la adaptabilidad continua a los cambios tecnológicos teniendo que planificar, organizar, dirigir, y controlar toda y cada una de las etapas en el acto quirúrgico exigiéndonos así que el personal de enfermería de centro quirúrgico sea personal altamente calificado con conocimiento de tecnología actual.

3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME

En el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el servicio de sala de operaciones se realiza los cuidados de enfermería Intraoperatorio en prostatectomía radical laparoscópica de la siguiente manera:

Enfermera I (Instrumentista)

- Verifica el buen estado del quirófano (limpieza y desinfección), operatividad de los equipos y dotación adecuada de insumos medico quirúrgicos de acuerdo a cirugía programada.
- En el pre operatorio inmediato, entrevista al paciente con calidez, verifica cumplimiento de normas de seguridad de paciente en cirugía.
- Chequea que historia clínica se encuentre completa, observa zona operatoria, solicita al paciente información sobre antecedentes mórbidos y tratamiento recibido.
- En el quirófano, asiste al equipo quirúrgico de acuerdo a tiempos operatorios de la cirugía y guías establecidas, conservando y vigilando se cumpla la técnica aséptica.
- Realiza conteo de gasas, instrumental y agujas de acuerdo a guía.

- Recibe y envía especímenes quirúrgicos a patología; confirmando recepción al término de la cirugía.
- Confirma verbalmente que el instrumental, las gasas y argollas y las agujas se encuentren completas.
- Al término de la cirugía, retira el exceso de soluciones de la piel, asegura drenajes, sondas y apoya en el traslado seguro del paciente de mesa quirúrgica a camilla; reporta eventualidad al personal de pos anestesia.

Enfermera II (Circulante)

- Verifica conjuntamente con la Enfermera I el buen estado del quirófano (limpieza y desinfección), operatividad de los equipos y dotación adecuada de insumos medico quirúrgicos de acuerdo a cirugía programada.
- En el pre operatorio inmediato conjuntamente con la Enfermera I entrevista al paciente con calidez, verifica cumplimiento de normas de seguridad de paciente en cirugía.
- En el quirófano recepciona al paciente, traslada a la mesa quirúrgica, apoya al anestesiólogo a colocar en la posición necesaria con la protección requerida, deja operativos los equipos.
- Circula atentamente durante el acto quirúrgico, atendiendo las necesidades de los tiempos operatorios de la cirugía, conservando y velando por el cumplimiento de la técnica aséptica.
- Realiza conteo de gasas, instrumental y agujas de acuerdo a guía.

- Recibe registra y envía especímenes quirúrgicos a patología; confirmando la recepción al término de la cirugía.
- Confirma verbalmente en el quirófano que los especímenes fueron recepcionados por patología.
- Al término de la cirugía, apoya a la Enfermera I a retirar el exceso de soluciones de la piel del paciente, asegura drenajes, sondas y al traslado seguro del paciente de mesa quirúrgica a la camilla y/o cama con seguridad.

Como en cualquier otro ámbito la actividad de la enfermera, en el área quirúrgica también debemos adaptar nuestra labor a los constantes cambios en los avances tecnológicos, esto supone innovaciones y aprendizaje de nuevas técnicas quirúrgicas, para así poder prestar los cuidados de enfermería con calidad y desde la atención integral a los pacientes. Contribuyendo de esta manera al concepto de cirugía mínimamente invasiva.

Con los años de experiencia se detecta dificultades en el personal de enfermería ya sea muchos por ser personal nuevo, causando diferentes problemas y dificultades en el momento del acto quirúrgico, vistos los problemas y hecho el análisis decido realizar una guía de procedimientos en prostatectomía radical laparoscópica que consta de 3 partes (anexo); la cual está estructurada de acuerdo a las funciones de la enfermera circulante e instrumentista, este instrumento será de ayuda al grupo de enfermeras del servicio de sala de operaciones y más aún para el personal nuevo.

IV. RESULTADO

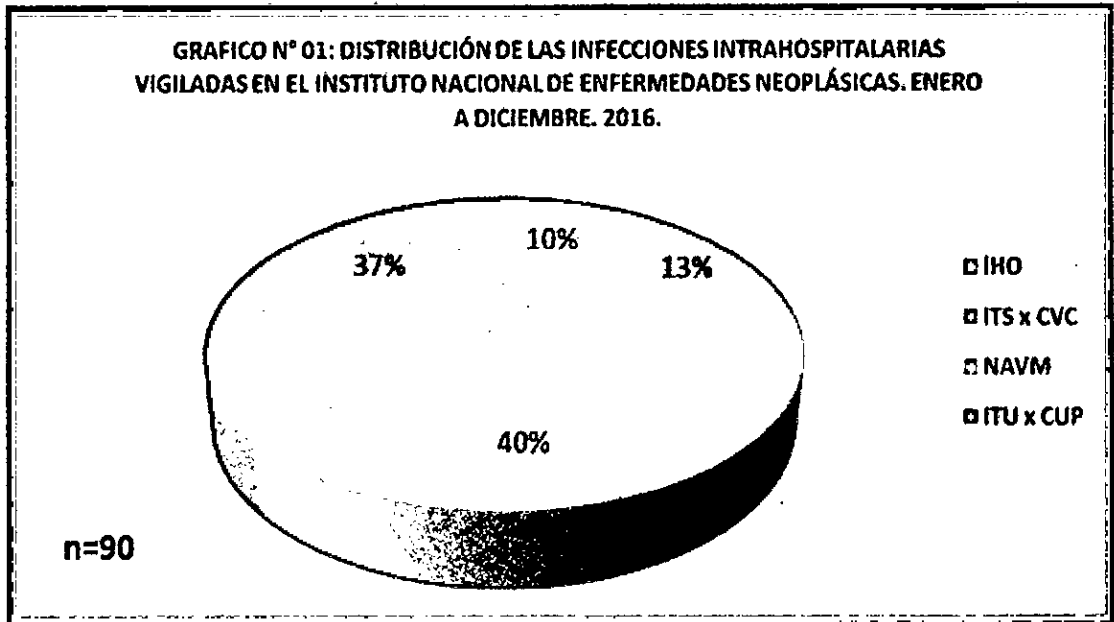
CUADRO Nº 4.1

NÚMERO Y PORCENTAJE DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS POR TIPO DE INFECCIONES. INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS. 2015 AL 2016.

SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN	INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS	AÑOS			
		2015		2016	
		Nº	%	Nº	%
CIRUGIA GINECOLOGICA	Infección de herida operatoria(IHO)	10	11.76	5	5.56
CIRUGIA DE MAMAS Y TEJIDOS BLANDOS	Infección de herida operatoria(IHO)	4	4.71	4	4.44
UCI	Infección del torrente sanguíneo (ITS)	6	7.06	12	13.33
	Neumonía (N)	31	36.47	36	40
	Infección del tracto urinario (ITU)	9	10.59	8	8.89
CIRUGIA	Infección del tracto urinario (ITU)	19	22.35	20	22.22
MEDICINA	Infección del tracto urinario (ITU)	6	7.06	5	5.56
TOTAL		85	100	90	100

Fuente: Ficha de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias del Comité de Control y Prevención de Infecciones Intrahospitalarias del Instituto Nacional De Enfermedades Neoplásicas. 2015 al 2016.

GRAFICO N° 01: DISTRIBUCIÓN DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS VIGILADAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS. ENERO A DICIEMBRE. 2016.



Fuente: Ficha de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias del Comité de Control y Prevención de Infecciones Intrahospitalarias del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Enero a Diciembre. 2016.

Durante el año 2016, ocurrieron 90 casos de infecciones intrahospitalarias (IH), de ellas el 40% fueron por neumonías; 36.67% fueron infecciones del tracto urinario (ver Gráfico 1); 13.33 fueron infecciones del torrente sanguíneo por catéter venoso central y 10% fueron por infecciones de herida operatoria (IHO). En comparación con el año 2015 en donde se evidencio 85 casos de infecciones intrahospitalarias se observa un incremento para el año 2016 (ver cuadro 4.1).

CUADRO N° 4.2

INCIDENCIA DE INFECCIONES DE HERIDAS OPERATORIAS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL INSTITUTO NACIONAL ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS. AÑO 2015 Y 2016.

INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS	AÑOS					
	2015			2016		
	Nº Pacientes vigilados	Nº Infecciones intrahospital arias	Tasa de Incidencia	Nº Pacientes vigilados	Nº Infecciones intrahospital arias	Tasa de Incidencia
MASTECTOMIA	229	4	2	205	4	2
HISTERECTOMIA	106	10	9	201	5	2

Fuente: Ficha de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias del Comité de Control y Prevención de Infecciones Intrahospitalarias (CCPIIH) del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2015 y 2016.

Infección del sitio quirúrgico por procedimientos:

Infección del sitio quirúrgico por Mastectomía radical modificada (ISQ-MRM):

Durante el año 2016 se vigilaron 201 pacientes expuestos a este tipo de procedimiento, el número de infección del sitio quirúrgico fue 05 casos. La tasa de incidencia (T.I) de Enero a Diciembre, es de 2 por cada 100 procedimientos quirúrgicos. En comparación con el año 2015 se observó que para el presente año se mantiene los casos de infección del sitio quirúrgico por mastectomía radical modificada.

Infección del sitio quirúrgico por Histerectomía abdominal ampliada a vagina (ISQ-HAAV):

Durante el año 2016 se vigilaron 201 pacientes expuestos a este tipo de procedimiento, el número de ISQ fue 05 casos. La tasa de incidencia (T.I)

de Enero a Marzo, es 2 por cada 100 procedimientos quirúrgicos. En comparación con el año 2015 en donde se observó que para el presente año disminuyeron los casos de Infección de Sitio Quirúrgico por Histerectomía Abdominal Ampliada a Vagina.

CUADRO N° 4.3

INGRESO DE PACIENTES A QUIROFANO Y CANTIDAD DE PACIENTES QUE PRESENTARON INFECCION EN HERIDA OPERATORIA EN CIRUGIAS UROLOGICAS EN EL SERVICIO DE SALA DE OPERACIONES DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS ENERO A JULIO 2017.

CIRUGIAS UROLOGICAS	N° DE PACIENTES OPERADOS		N° DE PACIENTES CON INFECCIONES DE HERIDA OPERATORIA	
	N°	%	N°	%
CIRUGIA CONVENCIONAL UROLOGICA	190	88	1	0.53
CIRUGIA LAPAROSCOPICA	26	12	0	0.00
TOTAL	216	100	1	0.46

FUENTE: Cuaderno de Registro de Cirugía Urológica del Servicio de Sala de Operaciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas Enero a Julio 2017.

Durante el mes de Enero a Julio del año 2017 se operaron 216 pacientes, de los cuales 190 pacientes fueron sometidos a cirugía convencional urológica que constituye el 88% del total de cirugías y 1 paciente presento

infección de herida operatoria haciendo el 0.53% del total de cirugías. A si mismo 26 pacientes fueron sometidos a cirugía laparoscópica que constituye el 12% del total de cirugías de los cuales no se presentaron infección en herida operatoria.

CUADRO N° 4.4

CASOS DE PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCOPICA EN EL SERVICIO DE SALA DE OPERACIONES EN EL INSITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS. ENERO A JULIO 2017.

MESES DEL AÑO	Nº	%
ENERO	2	16.6
FEBRERO	2	16.7
MARZO	1	8.3
ABRIL	3	25
MAYO	0	0
JUNIO	2	16.7
JULIO	2	16.7
TOTAL	12	100

Fuente: Registro de Cirugías de Sala de Operaciones – Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

El 25% de las cirugías de prostatectomía radical laparoscópica se realizaron en el mes de abril y la cantidad promedio de cirugías por mes es de 2 pacientes.

CUADRO N° 4.5

RANGO DE EDADES DE PACIENTES SOMETIDOS A PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCOPICA EN EL SERVICIO DE SALA DE OPERACIONES DEL INSITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS - 2017

RANGO DE EDAD	N°	%
20 a 40	1	8.3
41 a 60	4	33.3
61 a más	7	58.4
TOTAL	12	100

Fuente: Registro de Cirugías de Sala de Operaciones – Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

EL 58.4% de los pacientes sometidos a prostatectomía radical laparoscópica son de 61 a más años de edad quiere decir que el cáncer de próstata se presenta con mayor frecuencia en la edad adulto mayor.

V. CONCLUSIONES

- a) Es de vital importancia la aplicación de la técnica aséptica para evitar que las personas que ingresan por cualquier procedimiento quirúrgico adquieran infecciones en razón a la susceptibilidad en particular en el quirófano; estos principios son de obligatoriedad conocer y aplicar por todo el personal que labora en quirófano y es responsabilidad de los profesionales de salud y personal auxiliar que ayuda en quirófano cumplir y hacer cumplir estas normas establecidas de bioseguridad.

- b) Las deficiencias que se presentan en relación a asepsia y antisepsia en quirófano, se presentan debido al mal uso de medidas de asepsia y antisepsia del personal que participa en los procesos quirúrgicos.

- c) Las cirugías laparoscópicas al ser mínimamente invasivas son menos propensas a presentar infecciones nosocomiales lo que contribuye todo ello a la mejora de calidad de vida en el postoperatorio y evitando las estancias prolongadas del paciente.

VI. RECOMENDACIONES

- A la Jefa del servicio de Sala de Operaciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, se sugiere diseñar un programa de educación, capacitación permanente en pro del conocimiento profesional y actualización de conocimientos, con la finalidad de fortalecer la conciencia quirúrgica y así evitar complicaciones quirúrgicas.
- Se recomienda al Jefe de Cirugía en coordinación con la Jefa de sala de operaciones programar periodos fijos de mantenimiento más continuos y rigurosos del aire acondicionado para evitar turbulencias de aire en el quirófano durante la intervención.
- Se recomienda a las autoridades del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, al departamento de Enfermería, normen las guías de procedimientos de las diferentes cirugías laparoscópicas.

VII. REFERENCIAS

1. INEN, Registro de Cáncer de Lima Metropolitana 2010 – 2012 volumen 5, Pag. 78
2. Dona R. Mcewen, Asistencia de Enfermería intraoperatoria. Enfermería Medico quirúrgica. Beares- Myers Tercera edición. 2001.
3. Joanna Ruth Fuller. Instrumentación quirúrgica, 1996.
4. Stolzenburg JU et al. Prostatectomía radical extraperitoneal laparoscópica: evolución en el tiempo y resultados actualizados. Actas Urológica Españolas 2006.
5. Cirugía Laparoscópica Dr. Luis Poggi Machuca [sisbib.unmsm.edu.pe>cirugía>tomo_i](http://sisbib.unmsm.edu.pe/cirugía/tomo_i)
6. Díaz, C.L.; Pozuelo, S.: «Proceso de atención de los cuidados de enfermería en quirófano». *Enfermería Científica*, 35: 20-25, 1985.
7. Palmero Hernández, N.; Rodríguez Guaza, M.L.; “Protocolos de cuidados de enfermería quirúrgica en cirugía laparoscópica urológica”, Asociación Española de Enfermería en Urología. Revista No 95. Julio -setiembre 2005.
8. Hernández Fernández C., Subirá Ríos D., Abordaje laparoscópico de los tumores urológicos: aspectos diagnósticos y terapéuticos. *Tratado de oncología urológica*. 2004; Cap.22: 259-272.
9. Carlos Morante D., Fernando Quiroa V., Manual de Cáncer Urológico /diagnóstico y manejo 2016.

ANEXOS

**GUIA DE PROCEDIMIENTO
PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCOPICA**

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS	SALA DE OPERACIONES 2DO PISO
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCOPICA	RESPONSABLE : ENFERMERA INSTRUMENTISTA
<p>DEFINICION: Es un tratamiento quirúrgico mínimamente invasivo para el cáncer de próstata. Consta de unas pequeñas incisiones para remover la próstata completamente.</p>	<p>MATERIAL NO LAPAROSCOPICO :</p> <ul style="list-style-type: none"> * 01 mango de bisturí. * 02 hojas de bisturí nº 15. * 02 separadores de farabeau grandes. * 04 pinzas kelly. * 02 pinzas de kocher rectas cortas. * 01 tijera de mayo curva corta. * 01 tijera de mayo recta corta. * 01 bujía de benique nº 18 o 20. * 02 jeringas de 20 cc de plástico. * 01 jeringa urológica. * 01 tubo de xilonest gel * 01 sonda foley nº 18 y 20 * hemosuc nº 12. * sutura <ul style="list-style-type: none"> - 04 vicryl 1 CT1-1 - 03 vicryl 3/0 SH - 02 caprofyl 2/0 SH - 01 vicryl 4/0 SC 20 o nylon 3/0 o puede ser grapa de piel. Opcional: <ul style="list-style-type: none"> - cromico 2/0 MR30

	<p>MATERIAL LAPAROSCOPICO</p> <ul style="list-style-type: none"> * 04 trocares de 5 mm con espiral. * 02 trocares de 10 o 12 mm. <ul style="list-style-type: none"> - 01 trocar con seguro para pared * 01 tijera metzembau. * cable de fuente de energía monopolar. * 01 pinza bipolar. * cable de fuente de energía bipolar. * 02 pinzas tractoras rectas. * 01 pinzas tractoras curva. * 01 pinza grasper * 02 porta agujas * 01 disector de 10 mm * aplicador descartable para clips metálicos. * aplicador de 10 mm para clips de hemolok * 12 a 18 clips de hemolok * cánula de aspiración + cables * óptica O de 10mm grados * cable de fuente de luz fría. * cámara * saco estéril para cámara * cable para inyección de co2 * saco para pieza operatoria pequeña * 02 monitores * fuente de luz * fuente de energía para monopolar y bipolar. * fuente de aspiración * fuente de co2
--	--

	<p>ROPA QUIRURGICA</p> <ul style="list-style-type: none"> * 1 Paquete Completo * 1 Paquete de mandiles (3 unid) * 1 Campo grande * 2 campos chicos * 3 sabanas adicionales * 1 paquete de muñeco grande (8 pzas). * 1 azafate. * Mangas de plástico laparoscópico <p>INSUMOS</p> <ul style="list-style-type: none"> * Hoja de bisturí 22-15. * Lápiz electrocauterio monopolar. * Ligasure de 5mm * Sonda Foley #20. * Bolsa colectora de orina. * Jeringa 20cm (2). * Guantes quirúrgicos 6 1/2, 7, 7 ½, 8. * Gasas chicas x10. * Gasas medianas 15x50 cm. * Gasas grandes 48x48 cm. <p>Solución salina 9%.</p>
OBJETIVOS	PRE-REQUISITOS
<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar la atención del paciente. - Disminuir el tiempo quirúrgico. - Estandarizar las funciones y actividades de enfermería durante el intraoperatorio. - Optimizar la coordinación de todo el equipo quirúrgico. - Optimizar la instrumentación quirúrgica según técnica operatoria 	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitud de sala de operación - Consentimiento informado. - Equipos e instrumental operativos. - Actualización y conocimiento de la técnica quirúrgica.

RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
<p>Enf. Instrumentista, circulante y enfermera responsable del material laparoscópico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ver programación. - Control y verificación de la operatividad de los equipos biomédicos. - Verificar el equipamiento completo del quirófano. - Identificar y verificar instrumentos y paquetes quirúrgicos que estén estériles. 	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar procedimiento programado. - Proveer el buen funcionamiento de todos equipos biomédicos. - Disminuye el tiempo operatorio en buscar algún material faltante. - Verificar el instrumental correcto y evitar infecciones post operatorias.
<p>Enf. Instrumentista</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presentarse al paciente y explicarle brevemente el procedimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estimula la confianza y cooperación reduciendo la ansiedad.
<p>Enf. Instrumentista y Circulante</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar la identidad del paciente. - Revisar vendaje de miembros inferiores - 	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar cualquier confusión. - Favorece el retorno venoso y ayuda a la circulación sanguínea.

<p>Circulante, Instrumentista anestesiólogo y cirujano</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de la historia clínica exámenes auxiliares, riesgo quirúrgico, tomografías, depósito de sangre, autorización firmada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar posible suspensión del procedimiento y preocupación del paciente.
<p>Enf. Instrumentista y circulante</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Recepción del paciente según normas del centro quirúrgico. - Realizar el check leak 	<ul style="list-style-type: none"> - Brindar seguridad al paciente quirúrgico. - Documento legal de seguridad del paciente.
<p>Enf. Circulante</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar en posición al paciente 	<p>POSICION DEL PACIENTE:</p> <p>Decúbito dorsal. Brazos protegidos a lo largo del paciente. Piernas ligeramente separadas.</p>
<p>Enf. instrumentista</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lavado de manos según técnica. - Ingreso al quirófano, secado de manos según técnica, vestimenta con mandil estéril y calzado de guante con el método abierto o cerrado. - Vestimenta de todo el mobiliario cuidando la esterilidad y técnica quirúrgica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reduce la transmisión de infecciones posoperatorias. - Contribuye a que se reduzca el riesgo de infecciones de microorganismos patógenos en el posoperatorio. - El atuendo quirúrgico reduce a la exposición de la sangre y tejidos

<p>Enf. Instrumentista y circulante</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conteo de las gasas chicas, medianas y grandes. 	<p>potencialmente infecciosos en el procedimiento de la cirugía.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proteger la esterilidad en todo momento - Optimizar y garantizar la efectividad para evitar posibles percances en el conteo de las gasas radiopacas.
<p>Enf. instrumentista</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Distribuir los lavatorios según su función y colocarlos donde les corresponde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener en todo momento el orden para evitar complicaciones.
<p>Cirujano</p>	<p>Preparación para el lavado quirúrgico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un par de guantes n°8, bolos con isodine espuma, solución, gasas. - Preparación para la cateterización vesical: sonda Foley n°20, cistoflo o bolsa colectora, par de guantes, jeringa de 20cc cargada con 5cc de agua esteril, xilocaina jalea, 1 gasa pequeña y campo chico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar los insumos necesarios para la asepsia de la zona operatoria. - Por el periodo prolongado de la cirugía y el tipo de cirugía se coloca la sonda Foley para fines de control de la orina para el balance hídrico o si se necesita mantenerla vacía.

<p>Enf. Instrumentista, circulante y responsable de laparoscopica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vestir mesa de mayo y media luna se procede a la conteo, distribución del instrumental quirúrgico y laparoscópico y adicionales según tiempos operatorios 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar el aseo antes de colocar la sonda Foley Previene infecciones tracto urinario - Proporcionar los insumos necesarios para una buena cateterización evitara pérdida de tiempo y posible contaminación de todo el procedimiento - La distribución del instrumental quirúrgico y laparoscópico va de acuerdo con los tiempos que se irán manejando durante la intervención - El conteo de instrumental y gasas se hace en coordinación con la circulante para evitar posibles errores como que al final ocasionar daño o un reingreso a quirófano
<p>Enf. Instrumentista y Cirujano</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vestir con mandil estéril y calzar los guantes al cirujano y a los residentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se considera estéril de la cintura a la mitad del tórax por delante y hasta los codos en las brazos.

	<ul style="list-style-type: none"> - Pasar la ropa estéril según técnica quirúrgica - Pasar las conexiones de electrocauterio, aspiración, ligasure, monopolar, bipolar, cable de luz, o equipo de venoclisis con sonda nelaton n°8 y solución salina. <p style="text-align: center;">ACCESO AL ESPACIO PREPERITONEAL.</p> - Incisión transversal de 3 cm., 1 cm. por debajo del ombligo. Dividir TCSC hasta la fascia anterior el recto. Incisión transversal de la fascia e identificación de los bordes internos de los músculos rectos separados, por la línea alba. Introducción del dedo índice medial mente debajo del músculo recto y a lo largo de la vaina posterior (disección digital). Creación del espacio que se 	<ul style="list-style-type: none"> - Cubrir la zona operatoria con cobertores estériles evitara las infecciones post operatorias. Mantener en todo momento la esterilidad del campo operatorio. - Verificar la óptima instalación de los equipos biomédicos tanto laparoscopicos y de irrigación así mismo que todo los cables estén al alcance del cirujano evitando enredos y fallas. - La pared abdominal está bajo tensión, la incisión correcta favorece la buena disposición del campo operatorio. - Se obtiene un corte óptimo y preciso.
--	--	--

<p>Cirujano</p>	<p>extiende por arriba desde el nivel de la incisión en piel hasta el borde lateral de los músculos rectos.</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> * Caudal: línea arcuata de Douglas. * Posterior: vaina de los rectos; * Anterior: fibras posteriores de los músculos rectos. * Medial: línea alba. <p>- Se repite el procedimiento para el otro lado. Incisión de la línea alba, para unir los dos espacios creados, en contacto con la fascia anterior del recto. La interrupción de la línea alba se continua con el índice hacia la sínfisis púbica, tan lejos como sea posible; también puede incidirse bajo visión laparoscópica directa. Al cabo de este trabajo se ha creado un gran espacio pre-peritoneal.</p> <p>COLOCACION DE LOS TROCARES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los trocates 1 y 2 se colocan bajo guía digital, por fuera de los músculos rectos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trocar 1 de 5 mm: 5 cm abajo por debajo de la incisión subumbilical, a la derecha. 	<ul style="list-style-type: none"> - Delimita el campo operatorio, orden y limpieza. - Electrobisturí: es importante para la disección, coagula y corta. - Se crea puertos para el uso de las pinzas laparoscópicas y el inicio de la cirugía laparoscópica.
-----------------	--	---

<p>Cirujano</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trocar 2 de 12 mm, con válvula: 5 cm por debajo de la incisión, a la izquierda. ▪ El Trocar 3 de 10 mm para la óptica, con válvula y cánula de Hasson, se coloca a través de la incisión subumbilical y se asegura con sutura de Vycril 1. <p>- Se insufla CO2 a 18 mm de Hg. de presión. La óptica 0° se coloca a través del trocar 3, previo balance de blanco.</p> <p>- Bajo visión laparoscópica se completa la separación de la línea alba hasta llegar a la sínfisis púbica. El espacio de Retzius es abierto y el espacio desarrollado lateralmente. Debe verse la cara anterior de la vejiga, los vasos iliacos internos y el prevesical arco púbico.</p> <p>- Se identifican los vasos epigástricos en la cara posterior de los músculos rectos. Por debajo de ellos y por encima del cordón espermático se disecciona el espacio pre peritoneal hasta llegar a la pared muscular. El peritoneo es forzado hacia atrás. Los trocares 4 y 5 se colocan a ambos lados, 3 cm por dentro y a</p>	
-----------------	--	--

	<p>la altura de las espinas ilíacas antero superiores.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se baja la presión de insuflación a 12 mm de Hg. y se coloca al paciente en Trendelenburg de 20°. - Los trocares 2 y 5 se utilizan para la disección quirúrgica y los trocares 1 y 5 para la confección de la anastomosis uretro vesical. <p>DISECCION PELVICA BILATERAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es idéntica a la cirugía abierta. - Se identifica el borde interno de la vena iliaca externa y se libera desde el arco púbico hasta el conducto deferente. - Frecuentemente se encuentra una vena obturatriz accesoria cerca del arco púbico, la cual puede preservarse o ser dividida entre clips hemostáticos. - Se retrae la vena lateralmente y se disecciona todo el tejido medial sin extenderse a la pared vesical. - Se visualiza la pared lateral de la pelvis y el nervio obturador. - La tira de tejido anglionar se liga distalmente con clips a nivel del ganglio de Cloquet, pegada al arco púbico. A continuación se tira del tejido hacia atrás con una 	<ul style="list-style-type: none"> - El ligasure equipo médico que coagula y corta los vasos y tejidos.
--	--	--

<p>Enf. Instrumentista</p>	<p>pinza Grasper y se liga a la altura del conducto deferente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La sección el conducto deferente y su tracción medial con una pinza por parte del 2do ayudante, facilita la exposición, durante la disección ganglionar. - Se extraen los especímenes a través de un saco pequeño por el trocar 2 y se envían para estudio AP por congelación. Puede marcarse con un clip para diferenciar el tejido del lado derecho del izquierdo. <p>INCISION DE LA FASCIA ENDOPELVICA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se libera todo el tejido graso desde el hueso hacia la próstata, para exponer la fascia endopélvica. - Se coagula con bipolar y divide la vena dorsal superficial. - Se divide ambas fascias endopélvicas lateralmente a su línea de reflexión, desde casi la base de la próstata hasta llegar a los ligamentos pubo prostáticos. Las ataduras del músculo elevador del ano se liberan de la próstata y se realiza la disección apical hasta identificar el plexo de Santorini. - Se divide los ligamentos pubo prostáticos en contacto con el 	<ul style="list-style-type: none"> - Extracción de la lesión para estudio patológico.
--------------------------------	---	--

	<p>arco púbico, previa coagulación con bipolar, para facilitar luego la disección del plexo de Santorini.</p> <p>INCISION DE CUELLO VESICAL</p> <ul style="list-style-type: none">- Se identifica el nivel del cuello vesical, palpando la vejiga blanda en comparación con la próstata más dura.- Se coloca un punto de suspensión con Vycril 1 aguja CT 1/2 35 en el tejido superficial, a nivel de la base de la Próstata ,y se deja un cabo largo para tracción.- Se inserta el trocar 6, a 2 cm por encima de la sínfisis púbica en la línea media.- Una pinza Grasper se coloca a través del trocar 6 y se tracciona la sutura para suspender el cuello vesical.- Se desinfla el balón de la Sonda Foley.- Se divide la cara anterior del cuello vesical entre la cápsula de la próstata y las fibras musculares del detrusor, utilizando electrocauterio monopolar y bipolar.- La punta de la sonda es proyectada a través de la abertura y se tracciona con la pinza Grasper hacia arriba. Una pinza Kelly se coloca previamente en la Sonda Foley, en el extremo del meato uretral, para contracción. Esto permite ver el	
--	---	--

	<p>aspecto posterior del cuello vesical y el borde posterior de la próstata.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se completa el corte del cuello vesical. Se tracciona hacia abajo el extremo lateral del cuello vesical y se completa la incisión con monopolar, por encima de los orificios ureterales. Se coloca una pinza tractora curva en el borde posterior del cuello vesical y se tracciona hacia abajo para permitir disecar y exponer la cara anterior de la fascia de Denonvillier. - Es conveniente liberar ampliamente, a cada lado de la base de la próstata, el borde posterior del cuello vesical, para poder llegar a la Fascia de Denonvillier. - Se abre transversalmente la fascia de Denonvillier para identificar los vasos deferentes. Cada conducto deferente es disecado, clipeado y dividido, con su pedículo respectivo. - La parte distal de los conductos deferentes es traccionada hacia arriba con una pinza tractora a través del trocar 6, exponiendo así las vesículas seminales. Las dos arterias vesiculares se identifican normalmente a cada lado, localizadas lateralmente a las vesículas, las cuales se clipean y dividen próximas a las vesículas seminales. 	
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Se libera cada vesícula seminal y luego son traccionadas anteriormente con la pinza del Trocar 6. Esta maniobra expone los pedículos prostáticos. <p>SECCION DE LOS PEDICULOS PROSTATICOS Y PRESERVACION DE LOS FLILETES NERVIOSOS.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El primer ayudante debe traccionar con firmeza hacia abajo el cuello vesical, exponiendo el plano buscado. - Para facilitar este tiempo, la fascia visceral periprostática y la cara posterior de la fascia de Denonvillier se inciden en contacto con la cápsula prostática, teniendo mucho cuidado de no abrir el recto. La apertura de la fascia de Denonvillier permite ver la grasa prerectal y proporciona un plano de disección seguro. - La hemostasia de los pedículos prostáticos se hace proximal a las bandeletas con hemoclips, y proximal a la cápsula prostática con electro cauterio bipolar. - Luego de dividir los pedículos prostáticos, el plano entre las bandeletas y la cápsula prostática se abre. - Las últimas ataduras de las bandeletas son pequeñas arterias capsulares que se dividen 	
--	---	--

	<p>adyacentes a la cápsula prostática después de ser controladas con clips.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La disección se extiende hacia el ápex de la próstata; Se completa medialmente la sección de la fascia de Denonvillier. Se disecciona el plano posterior de la próstata del recto hasta llegar al músculo rectouretral. <p>SECCION DEL PLEXO DE SANTORINI Y DE LA URETRA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se retira la sonda Foley y se reemplaza por una bujía de Beniqué 18, con la que el 2do ayudante deprime la próstata y expone el plexo de Santorini. - Se identifica el borde entre el plexo y la uretra y se colocan 2 puntos de Vycril 1 aguja CT ½ 35 en 8, sobre el plexo de Santorini. - Se coloca nuevamente la Sonda Foley. - El 1er ayudante, a través del trocar 4, tracciona la sutura en la base de la próstata para poner el ápex en tensión. Se secciona el plexo perpendicularmente, al mismo tiempo que el 1er ayudante tracciona la próstata exponiendo el ápex y desarrollando de manera oblicua el plano entre la uretra y el plexo de Santorini. Se disecciona el 	
--	---	--

	<p>tejido lateral a la uretra para exponerla mejor.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se secciona la cara anterior de la uretra y se visualiza la Sonda Foley. - El asistente retrae y rota la próstata para cada lado de manera sucesiva colocando la punta del aspirador debajo del músculo recto uretralis y por encima del recto, exponiendo el labio posterior del ápex prostático y facilitando así la sección de la cara posterior de la uretra y del músculo recto uréter, eliminando además posibles márgenes posteriores positivos. Se retrae ligeramente la sonda para permitir ver y seccionar la cara posterior de la uretra. No debe utilizarse electro coagulación en este tiempo para evitar daño a las bandeletas. - Se termina de liberar la próstata de las últimas adherencias a la cara anterior del recto y se coloca dentro del saco endoscópico. - Para este último tiempo, la óptica se coloca a través del trocar 2 y el portasaco se introduce por el trocar 3. - El saco con la pieza operatoria se retira ampliando ligeramente la incisión subumbilical. 	
--	--	--

	<p style="text-align: center;">ANASTOMOSIS VESICO URETRAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se hace un cierre posterior del cuello vesical en caso de ser necesario (pacientes con RTU previa o con grandes adenomas y lóbulo medio), utilizando Vycril 3/0 aguja SH ½ 25, en surget simple. - La anastomosis se hace con un surget continuo bilateral. Se unen 02 suturas de Vycril 2/0 aguja SH ½ 25, de aproximadamente 20 cm de longitud cada una. - La primera sutura se inicia colocando el punto en el borde posterior del cuello vesical de afuera hacia adentro; luego se coloca el punto de la otra sutura al lado y ambos hilos se traccionan hasta colocar el nudo que las une en contacto con el borde posterior del cuello vesical. A continuación cada sutura se pasa por la uretra de adentro hacia fuera, traccionado ambas para anclar la vejiga a la uretra. Se coloca la sonda Foley 20 definitiva y se introduce en la vejiga con ayuda de las pinzas. El ayudante mantiene la tracción de una de las suturas con una pinza a través del trocar 6 y el cirujano completa con la otra un hemisurget hasta la mitad del borde anterior de la anastomosis. Se cambia la tracción al otro hilo y se completa el surget. Se anudan ambos hilos 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemostasia o hemostasis es el conjunto de mecanismos aptos para detener los procesos de hemorragia.
--	---	---

<p>Enf. Instrumentista</p>	<p>después de pasarlos por el borde vesical, de forma que el nudo quede sobre la vejiga.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antes de inflar el balón de la sonda Foley debe comprobarse que ésta no ha quedado incluida en el surget. El balón se infla con 15 ml de suero fisiológico. - Se comprueba la anastomosis lavando la vejiga con 120 ml de suero fisiológico. Se verifica que no haya habido perforaciones accidentales de la vejiga que condicionen fuga de orina. En caso de haberlas se reparan con Vycril 3/0 aguja SH ½ 25. - Se coloca un catéter de hemosuc, que no debe quedar cerca de la anastomosis, y se introduce por el trocar 5 y se fija con Vycril 3/0. - Después de evacuar todo el CO2 se cierra la aponeurosis anterior de los rectos a nivel subumbilical con Vycril 1. - Los demás orificios de los trocares se cierran con puntos subdérmicos de Vycril 3/0 de absorción rápida o con Steril Strip. - Conteo y del material usado y su posterior recojo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemosuc es un tubo de drenaje siliconado flexible con sistema a succión sin vacío que facilita la secreción de líquidos y exudados del lecho operatorio. -El control del material usado en la cirugía es fundamental para evitar que se quede en cavidad y causar problemas ulteriores.
--------------------------------	--	--