

Prostatectomía radical laparoscópica: la curva de aprendizaje con tutor

Raventós Busquets CX, Cecchini Rosell L, Trilla Herrera E, Planas Morin J, Orsola de los Santos A, Morote Robles J.

Servicio de Urología. Hospital General Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Actas Urol Esp. 2007;31(3):205-210

RESUMEN

PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCOPICA: LA CURVA DE APRENDIZAJE CON TUTOR

Objetivos: Exponer con detalle el sistema de aprendizaje de la prostatectomía radical laparoscópica (PRL) con tutor llevado a cabo en nuestro centro así como los resultados.

Material y métodos: Se realiza el análisis de variables intraquirúrgicas, postoperatorias y del control quirúrgico y oncológico de la pieza, de 105 PRL (marzo 2004-diciembre 2005) según los siguientes grupos: Grupo 1: tutor como primer cirujano y alumno como asistente. Grupo 2 alumno como primer cirujano y el tutor como ayudante. Grupo 3: alumno como primer cirujano y otro alumno/residente como ayudante.

Resultados: No se han observado diferencias significativas en cuanto la media de tiempo quirúrgico (TQ) entre el grupo 2 y 3 (188'-170', p=0,09). Ésta ha sido menor en el Grupo 1 (150', p<0,05), disminuyendo con el tiempo. La pérdida sanguínea, el control quirúrgico-oncológico, el estadio patológico y el tiempo de estancia hospitalaria han sido similares en los tres grupos.

Conclusiones: La presencia de un laparoscopista experto como tutor permite aprender la PRL de manera segura y efectiva. En espera de los resultados funcionales y oncológicos a largo plazo, este sistema de aprendizaje no se asocia ni con un mayor riesgo para el paciente ni con un peor control quirúrgico/oncológico. Consideramos que este método es fácilmente reproducible y permite un acortamiento de la curva de aprendizaje.

Palabras clave: Prostatectomía radical laparoscópica. Curva de aprendizaje. Cáncer de próstata.

ABSTRACT

LAPAROSCOPIC RADICAL PROSTATECTOMY: LEARNING CURVE WITH A MENTOR TRAINING PROGRAM

Introduction: We describe and evaluate the results of our mentor training program for laparoscopic radical Prostatectomy (LRP).

Material and Methods: From March 2004 through December 2005, we have performed 105 (LRP). Three groups have been analysed: Group 1: The mentor as the first surgeon with the trainee acting as the assistant. Group 2: The trainee as the first surgeon with the mentor acting as the assistant. Group 3: The trainee as the first surgeon with another trainee/resident as the assistant. We have evaluated operative, postoperative data and surgical/oncological control.

Results: There was no statistical difference in mean operative time in Groups 2 and 3 (200'-198'), but there was a difference from Group 1 (148,4') (p<0,05) we have observed a progressive operative time decrease only in Group 1. Blood loss, surgical-oncological control, pathological stage and hospital stay have been similar in the three groups.

Conclusions: Skills for LRP can be effectively and safely taught by the presence of an experienced mentor. Waiting for long term results according to potency and continence, it was not associated to higher patient risk, neither to a worse surgical/oncologic outcome. We consider that this program is reproducible and allows a shorter learning curve.

Keywords: Laparoscopic radical prostatectomy. Learning curve. Prostate cancer.

La prostatectomía radical laparoscópica (PRL) se está introduciendo en nuestro entorno como una nueva técnica en la cirugía del cáncer de próstata. La curva de aprendizaje es larga y difícil para los cirujanos sin experiencia en procedimientos laparoscópicos. En estos momentos se puede hablar de una segunda generación de urólogos laparoscopistas que se está iniciando y se benefician de la primera, con una curva de aprendizaje más corta (Fig. 1). Exponemos la experiencia de nuestro centro con detalles del sistema de aprendizaje así como los resultados.

MATERIAL Y MÉTODO

El Servicio empezó la cirugía laparoscópica en marzo del 2004 al incorporar la figura de un tutor (LL.C.). Éste había realizado hasta entonces aproximadamente un total de cincuenta casos de prostatectomía radical, veinte nefrectomías y diez cistectomías radicales laparoscópicas.

Desde su incorporación hasta enero del 2006 (22 meses) se han realizado en nuestro centro un total de 180 prostatectomías radicales, 105 de las cuales han sido por laparoscopia (20 por la vía extraperitoneal).

Grupos

Se ha estudiado la evolución en la cirugía entre: los alumnos y el urólogo laparoscopista con experiencia, y entre los mismos alumnos. El primer año se iniciaron dos alumnos y a lo largo de 2005 se incorporaron 3 urólogos más, siendo un total de 5 alumnos. Todos ellos habían realizado previamente programas de formación con animales y usan habitualmente el pelvi-trainer.

Se han evaluado los siguientes grupos:

- Grupo 1: tutor como primer cirujano y alumno como asistente (54 casos).
- Grupo 2 alumno como primer cirujano y el tutor como ayudante (18 casos).
- Grupo 3: alumno como primer cirujano y otro alumno/residente como ayudante (33 casos).

La Tabla 1 muestra la participación de cada alumno y de los residentes del Servicio en los diferentes grupos aprendizaje.

Técnica quirúrgica

En cuanto a la técnica quirúrgica se realizó inicialmente la descrita por el grupo de Montsouris¹ con alguna modificación y obviando la disección de la vía seminal en el fondo de saco de Douglas.

Se coloca sonda vesical con una pequeña cantidad de globo (3-4 cc), seguidamente se colocan de los trócares según el esquema adjunto (Fig. 2). El primero con una incisión supraumbilical transperitoneal mediante el método de Hasson². Se inicia bajo visión el acceso al espacio prevesical de Retzius mediante la sección del uraco y ligamentos umbilicales. Apertura del peritoneo parietal en dirección al orificio inguinal, siguiendo la línea de los ligamentos umbilicales. Disección roma hasta descubrir el pubis. Disección espacios latero-prostáticos. Cuando no se pretende la conservación de los haces neurovasculares, se abre la fascia endopélvica. Limpieza-coagulación de la grasa preprostática y localización del cuello vesical.

Apertura lateral de la uretra prostática, esquelitizando el cuello, maniobra que se facilita deshinchando el globo de la sonda.

Coagulación y sección de la unión vesico-prostática antero-lateral. Sección vertical de la uretra a nivel del cuello vesical. Acceso vertical al plano vesicular a través de las fibras que marcan la lámina anterior de la fascia de Denonvilliers. Localización y sección de los deferentes y liberación de ambas vesículas seminales. Apertura de la lámina posterior de la fascia de Denonvilliers para mejor control de los pedículos laterales y del recto. Para una mejor preservación de los haces

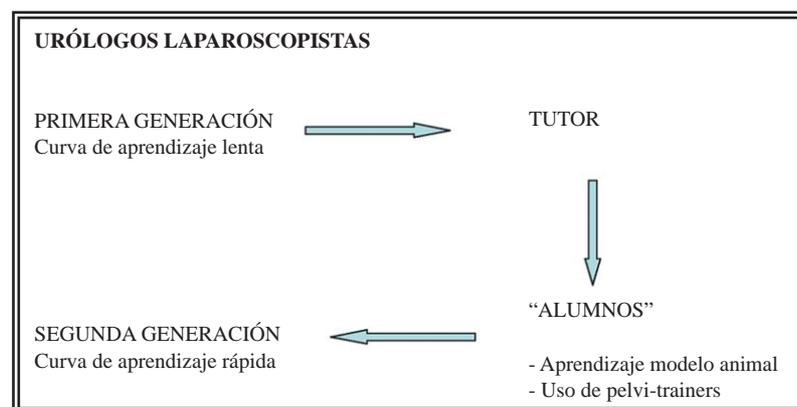


FIGURA 1. Esquema de la evolución del aprendizaje de la cirugía laparoscópica.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3845074>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3845074>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)