

LOS PRIMEROS QUINCE PROCEDIMIENTOS LAPAROSCÓPICOS COLORRECTALES EN TRES HOSPITALES CON DIFERENTES ESTRATEGIAS DE INNOVACIÓN

Jl Rodriguez , E Turienzo , JA Magarzo*, G Urdiales**, JA Fernández**,
R Obregón*, A Trelles .

Servicios de Cirugía General y del Aparato Digestivo de Hospital
Jarrio, Cabueñes* y Valle del Nalón**. Principado de Asturias.



La experiencia del equipo en procedimientos colorrectales y laparoscópicos, el perfil de los cirujanos y su entorno de trabajo son condicionantes clave para la innovación. Así se presentan tres estrategias de introducción de la cirugía laparoscópica colorrectal llevadas a cabo por cirujanos diferentes, en su respectivo ámbito de trabajo, en distintos momentos y ¿con los mismos resultados a corto plazo?.

Material y Método: Se identifican los primeros quince procedimientos laparoscópicos colorrectales en tres unidades diferentes, los cirujanos que los han realizado, su estrategia de innovación, casuística y resultados de morbilidad y mortalidad.

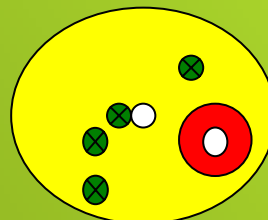
Resultados:

Conversiones, morbilidad, reintervenciones y mortalidad

Hospital A	Hospital B	Hospital C
Conversiones: 0	Conversiones: 2	Conversiones: 3
Fístula estercoracea:1	Fístula estercoracea:1 Hemorragia:1	Fístula estercoracea:1 Lesión ureteral:1 Tromboembolismo pulmonar: 1
Reintervención: 1	Reintervención:1	Reintervención:1
Mortalidad: 1	Mortalidad: 0	Mortalidad: 2

Características del Hospital, N° de cirujanos que se introdujeron en la nueva técnica, año de inicio, N° de procedimientos por cirujano, indicaciones e intervenciones realizadas.

Hospital A	Hospital B	Hospital C
500 camas	300 camas	112 camas
2 cirujanos	2 cirujanos	4 cirujanos
2000	2000	2003
12/3	10/5	7/5/2/1
Diverticulosis: 3 Cáncer colorrectal: 11	Diverticulosis: 5 Cáncer colorrectal: 8	Cáncer colorrect.: 14
Sigmoidectomía: 4 Hemicolectomía Izda: 4 Resección anterior: 4	Hemicolectomía Izda: 8 dcha: 4	Resección anterior: 7 Sigmoidectomía: 3 Hemicolectomía derecha: 2



Conclusiones: Las características del entorno y de los cirujanos, así como el momento de inicio, determinan la casuística por la que se comienza y esto a su vez condiciona la morbilidad y mortalidad. Comenzar más tarde se asocia con peores resultados si varían la selección de los pacientes y la estrategia de innovación, situaciones que se ven influenciadas por los resultados que van apareciendo en la bibliografía.

Simons AJ, Anthone GJ, Ortega AE, et al. Laparoscopic-assisted colectomy learning curve. Dis Colon Rectum 1995; 38: 600-3
Köckerling F, Schneider C, Reymond MA, et al. Early results of a prospective multicenter study on 500 consecutive cases of laparoscopic colorectal surgery. Surg Endosc 1998; 12: 37-41
Veldkamp R, Gholghesaei M, Buunen M, et al. Laparoscopic Resection of Colonic Carcinoma EAES consensus conference. Lisbon 2002.
The Clinical Outcomes of surgical Therapy Study Group. A comparison of laparoscopically Assisted and Open Colectomy for colon cancer. N Engl J Med 2004; 350: 2050-2059
Abraham NS, Young JM, Solomon MJ. Meta-analysis of short-term outcomes after laparoscopic resection for colorectal cancer. Br J Surg 2004;91:1111-1124