



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## O-186 - APRENDIZAJE ESTRUCTURADO Y MENTORIZACIÓN: EL CAMINO PARA ALCANZAR LA EXCELENCIA EN CIRUGÍA BILIAR 2.0

Martínez-Cecilia, David<sup>1</sup>; Navaratne, Lalin<sup>2</sup>; Hernández, Jara<sup>1</sup>; Silvestre, Jose<sup>1</sup>; Lesaga, Javier<sup>1</sup>; Martínez-Isla, Alberto<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Complejo Hospitalario, Toledo; <sup>2</sup>St Marks Hospital, Londres.

### Resumen

**Discusión:** La cirugía biliar 2.0 es el marco en el que a través de un conjunto de técnicas asistidas por instrumentos avanzados en la exploración laparoscópica de la vía biliar (ELVB), se consigue aumentar la tasa de éxito del abordaje transcístico hasta cifras superiores al 80%, disminuyendo el fracaso por cálculos impactados y la tasa de fístula biliar, así como facilitar su aprendizaje mediante modelos simulados, con el objetivo de incrementar el número de pacientes con tratados con éxito y sin complicaciones. El objetivo del presente estudio es demostrar que los objetivos de la cirugía biliar 2.0 son factibles en nuestro medio, si se sigue un programa de aprendizaje estructurado.

**Métodos:** Se realizó un análisis prospectivo de dos grupos de pacientes sometidos a ELVB desde 2017 a 2021: El grupo 1 incluyó los 100 últimos pacientes intervenidos por un cirujano experto en ELVB con experiencia personal próxima a 500 casos. El grupo 2 incluyó los 100 primeros pacientes intervenidos por un cirujano en un centro de tercer nivel sin experiencia alguna en este procedimiento, incluyendo su curva de aprendizaje. No existió selección de pacientes, incluyendo todos aquellos con diagnóstico de sospecha de coledocolitiasis. Para el aprendizaje de la técnica, el cirujano 2 se apoyó en el modelo PARA (Porcine Aorto-Renal Artery) y en plataformas digitales con vídeos de cirugías realizadas por el cirujano 1. Además, se prestó asesoramiento en las decisiones pre y posquirúrgicas. Asimismo, durante se realizaron tres cursos en los que ambos cirujanos pudieron operar juntos y enseñar la técnica a otros cirujanos. El abordaje transcístico fue el de elección, y cuando no fue posible se empleó el transductal. Existió disponibilidad de litotricia láser en ambos grupos, así como de fibroscopio de 3 mm, aunque de forma discontinua en el grupo 2.

**Resultados:** Ambos grupos fueron homogéneos en sexo, ASA, y ligeramente de mayor edad el grupo 2 (57 vs. 63 p = 0,014). No existieron diferencias en el diámetro de la VBP (11 vs. 10 mm, p = 0,051), número de litiasis (2,5 vs. 1,9 p = 0,179) o tamaño de las mismas (7 vs. 6,6 mm, p = 588). La duración de la cirugía (123 vs. 122 min, p = 839) y el empleo de la litotricia láser (19% vs. 14%, p = 0,446) fueron similares. No existió conversión a cirugía abierta. El abordaje transcístico fue más frecuente en el grupo 1 (91% vs. 72%, p = 001), con similar tasa de éxito (100% vs. 97%, p = 0,130). La estancia posoperatoria (2,7 vs. 2,7 días, p = 0,952), morbilidad menor (Clavien-Dindo I-II) (11% vs. 9%, p = 0,637), y morbilidad mayor (Clavien-Dindo III-IV) (2% vs. 2%, p = 0,999) fueron similares, así como la frecuencia de fuga biliar (3% vs. 6%, p = 306). Ningún paciente presentó pancreatitis posoperatoria.

**Conclusiones:** Un aprendizaje estructurado y la supervisión por un cirujano experto han colaborado a que la implantación de la ELVB en nuestro centro se haya podido realizar con los mismos estándares de calidad que en los centros de máxima experiencia. Consideramos que esta metodología es de gran utilidad para evitar los efectos negativos de la curva de aprendizaje de dicha técnica y obtener resultados próximos a la excelencia.