

Editorial

Colecistectomía laparoscópica ambulatoria: nuevos horizontes

La cirugía mínimamente invasiva ha revolucionado el tratamiento quirúrgico de gran número de patologías, sobre todo de las intraabdominales.

La cirugía laparoscópica, por sus especiales características, ha supuesto desde el principio un punto de controversia entre los cirujanos, enfrentando a aquellos que se negaban a admitir la laparoscopia frente a los que cada día más se convertían en grandes defensores de la misma.

Desde que en 1987 Mouret realizase la primera colecistectomía laparoscópica, la extensión y aceptación de la técnica ha sido tal que en poco tiempo se convirtió en el *gold standard* para el tratamiento de la coleditiasis. Hoy en día es la intervención laparoscópica que más se realiza en el mundo, ha demostrado ampliamente que es un procedimiento seguro y eficaz, con una tasa de conversión a laparotomía muy baja y un índice de complicaciones (realizada por cirujanos con experiencia) comparable con la registrada en las cirugías por vía abierta.

Una vez superados los primeros años de desarrollo y de extensión de la técnica y tras la publicación de amplias series en las que se demostraba la efectividad de la misma, el siguiente reto que se planteaba era introducirla como un proceso susceptible de ambulatorización. Es así como, tras siete años desde la primera colecistectomía laparoscópica en Francia, comienza a realizarse sin ingreso en Estados Unidos, apareciendo en los años siguientes publicaciones que recogen las primeras series llevadas a cabo. W. Richarson (1) publica en 2001 en la revista *Surgical Endoscopy* una revisión de 847 pacientes intervenidos de modo ambulatorio sobre un total de 2.288, desde 1990 hasta 1997.

Animados por los buenos resultados obtenidos y por la baja estancia media de las colecistectomías realizadas en programas de corta estancia, incorporamos el procedimiento a la cartera de servicios de la Unidad de Cirugía sin Ingreso en el año 2002, con una tasa de ambulatorización elevada, ausencia de mortalidad y un índice de reingresos del 2%, resultados similares a los de otras series publicadas en nuestro país (2-7).

Podríamos considerar la colecistectomía laparoscópica ambulatoria como el nuevo *gold standard* en el tratamiento de la coleditiasis. Sin embargo, su aceptación está sujeta a una amplia variabilidad de unas unidades a otras, oscilando el índice de sustitución entre el 20 y el 96%.

Llegado este punto debemos preguntarnos cuáles son los inconvenientes que encuentran los equipos quirúrgicos, la gran mayoría con amplia experiencia en cirugía laparoscópica como para la no universalización del proceso.

Son demostradas las ventajas para los pacientes de ser incluidos en programas de cirugía ambulatoria (menor interrupción de su vida cotidiana, mayor flexibilidad para elegir la fecha de la intervención, menor alteración de la vida familiar, menor

Editorial

riesgo de infección nosocomial), sin embargo, las desventajas serían las dificultades en el control de los síntomas postcolecistectomía (náuseas y/o vómitos, dolor en el hombro), así como el sentimiento de inseguridad que experimentan al ser enviados a su domicilio a las pocas horas de una intervención realizada bajo anestesia general y sobre la que se les informa como susceptible de tener graves complicaciones. Tampoco debemos olvidar la incomodidad que supone para el paciente tener que acudir, a las 24 horas del proceso, al hospital para ser revisado.

Integrar una nueva patología quirúrgica en circuitos de cirugía sin ingreso supone además un periodo de adaptación para el cirujano y su entorno hasta que se demuestra que no supone un aumento de la morbimortalidad, aunque sí lleva consigo un mayor estrés y un mayor esfuerzo (selección de pacientes, seguimiento estrecho con mayor número de visitas).

Frente a ello podemos ofrecer al paciente la permanencia en la unidad hasta la mañana siguiente, tiempo suficiente para controlar de modo eficaz los síntomas más frecuentes, además de aportarle la confianza necesaria a él y a su familia.

Visto desde esta perspectiva, parece que con la colecistectomía laparoscópica ambulatoria lo único que se consigue son beneficios para la gestión del hospital, al disminuir el número de estancias generadas anualmente por una patología tan frecuente como es la colelitiasis. No debemos olvidar que el inicio de la ambulatorización de este procedimiento ha tenido lugar en un sistema sanitario como el americano, en donde la asistencia gestionada presiona a los profesionales para la obtención de los mayores beneficios económicos, de tal modo que no autorizan la intervención en aquellas unidades donde se realiza con la permanencia nocturna del paciente.

Tradicionalmente, la evaluación quirúrgica se ha basado en analizar los buenos resultados técnicos y la eficiencia de las intervenciones, sin embargo en la actualidad la evaluación de la calidad de vida (entendiéndola como bienestar social, fisiológico, mental, intelectual y general) del paciente se encuentra en el centro del análisis de los resultados. Como consecuencia, las instituciones están cambiando la estrategia, centrándose más en el paciente y sus necesidades, pero sin olvidar la necesidad de ser efectivos, es decir, de prestar una asistencia basada en la mejor evidencia científica y evitando la sobreutilización o infrautilización de los recursos.

Para intentar aunar las exigencias y necesidades de los pacientes con la cultura innovadora de los cirujanos y gestores, puede resultar de gran ayuda la aplicación de las nuevas tecnologías.

Una de las mayores preocupaciones de los equipos quirúrgicos es la posibilidad de que aparezcan complicaciones graves en el domicilio del paciente que no sean detectadas a tiempo. Sanders y cols. (8) demostraron en un estudio prospectivo de 506 casos que el 76% de las complicaciones postoperatorias se detectó entre las 24 y 48 horas, de ahí la necesidad de revisar en dichos periodos de tiempo a los pacientes que son dados de alta a las 6-8 horas de la intervención.

La posibilidad monitorizar al enfermo en su domicilio las primeras horas tras la intervención, a través de los datos transmitidos por un teléfono móvil, así como el poder realizar las primeras revisiones desde su domicilio con una cámara web que facilite el contacto directo entre el enfermo, su familia y la institución en todo momento, ahorrándole las incómodas visitas al hospital, facilitaría sin lugar a dudas la implantación de procesos como la colecistectomía ambulatoria.

Se trata de asegurar la continuidad de la asistencia, concepto incluido en la definición de cirugía ambulatoria; los pacientes deben tener asegurados los mismos protocolos de seguridad y de calidad asistencial que aquellos que se encuentran ingresados, pero sin las incomodidades y riesgos que de ello se derivan. Es fundamental

Editorial

en la cirugía ambulatoria poder extender los muros de la institución hasta el domicilio del paciente, aportándole la seguridad y el control minucioso del postoperatorio.

I. Bermúdez Pestonit y A. San Millán Álvarez

*Servicio de Cirugía General. Unidad de Cirugía sin Ingreso.
Hospital Abente y Lago. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña*

Bibliografía

1. Richardsond WS, Fuhrman GS, Burch E, Bolton JS, Bowen JC. Outpatient laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* 2001; 15: 193-5.
2. Bermúdez I, López S, Sanmillán A, González C, Baamonde I, Rodríguez A, et al. Colecistectomía laparoscópica en régimen ambulatorio. *Cir Esp* 2004; 76: 159-63.
3. Fatas JA, Blanco FJ, Ara JR, Dobon MA. Criterios para la realización de colecistectomía laparoscópica dentro de un programa de Cirugía Mayor Ambulatoria. *Cir May Amb* 2000; 5: 25-8.
4. Bueno Lledó J, Planells Roig M, Arnau Bertomeu C, et al. Colecistectomía laparoscópica ambulatoria. ¿El nuevo "gold standard" de la colecistectomía? *Rev Esp Enferm Dig* 2006; 98: 14-24.
5. Martínez A, Docobo F, Mena J, et al. Colecistectomía laparoscópica en el tratamiento de la litiasis biliar: ¿cirugía mayor ambulatoria o corta estancia? *Rev Esp Enferm Dig* 2004; 96: 452-9.
6. Serralta A, García Espinosa R, Martínez Casañ P, Hoyas L, Planells M. Cuatro años de experiencia en colecistectomía laparoscópica ambulatoria. *Rev Esp Enferm Dig* 2001; 93: 207-10.
7. Morales García D, Martín Oviedo J, García Somacarrera E, Cagigas de la Piedra MA, Naranjo Gómez A. Introducción de la colecistectomía laparoscópica en un programa de cirugía mayor ambulatoria. *Cir May Amb* 2002; 7: 173-6.
8. Saunders CJ, Leary BF, Wolfe BM. Is outpatient laparoscopic cholecystectomy wise? *Surg Endosc* 1995; 9: 1147-9.