INSPIRA NETWORK

cma
cirugía mayor ambulatoria
www.asecma.org

ORIGINAL

Recibido: Marzo 2014. Aceptado: Abril 2014

Colecistectomía laparoscópica ambulatoria. Dificultades para su implementación y desarrollo: punto de vista del paciente

Outpatient laparoscopic cholecystectomy. Difficulties in its implementation and development: point of view of the patient

F. Martínez Rodenas, L. Arganda Iglesias[1], C. Giralt Murillo[2], J. E. Moreno Solórzano, J. Codina Grifell[1], A. Bueno López[1], J. R. Llopart López

Servicios de Cirugía General, [1]Enfermería y [2]Anestesia. Hospital Municipal de Badalona

Autor para correspondencia: fmartinez@bsa.cat

RESUMEN

Introducción: El objetivo del estudio es saber las preocupaciones y expectativas del paciente en la colecistectomía laparoscópica ambulatoria (CLA) antes de su desarrollo e implementación en nuestro Hospital. Conocer la dificultades que van a presentarse. Diseñar las medidas que deben introducirse para transmitirle seguridad, disminuir su temor y lograr su confianza y aceptación.
Material y método: Estudio prospectivo iniciado en abril de 2012 y finalizado en marzo de 2013, observacional y descriptivo de los pacientes intervenidos consecutivamente de colecistectomía laparoscópica electiva con hospitalización. Participaron voluntariamente en una encuesta realizada antes y después de la operación que hacía referencia a su conocimiento y opinión de la CLA y de su predisposición a su aceptación.
Resultados: Se examinaron 114 casos. Preoperatoriamente, el 46 % habrían aceptado la CLA. Este porcentaje se incrementó al 60 % en los pacientes que cumplieron criterios de selección preoperatorios de CLA ($p < 0,05$). Esta opinión favorable estuvo relacionada con el nivel de estudios (primarios, secundarios y universitarios: 41, 42 y 100 %, respectivamente [$p < 0,01$-]). Tras la intervención, solo el 18 % la hubieran preferido ($p < 0,01$). El único factor que contribuyó a elegir esta decisión fue el cirujano que practicó la operación que varió entre 0 y 43 % ($p < 0,05$). La causa principal del rechazo fue el temor a las posibles complicaciones.
Conclusiones: La opinión del paciente es mayoritariamente desfavorable a la CLA. El cirujano deberá realizar un sobreesfuerzo informativo y docente para eliminar los prejuicios previos. Selección adecuada, estudios superiores y el cirujano apropiado pueden facilitar la aceptación de CLA.

Palabras clave: Cirugía mayor ambulatoria, colecistectomía laparoscópica, satisfacción del paciente, opinión pública.

ABSTRACT

Introduction: The aim of our study is to understand the worries and expectations from the patients in ambulatory laparoscopic cholecystectomy (ALC) before the development of ALC in our Hospital. Knowing what difficulties can occur. Designing measures to be introduced to convey safety and reduce fear to the patient and allow achieve his confidence and acceptance.
Material and method: Prospective study started in April 2012 and completed in March 2013, observational and descriptive of patients undergoing consecutively elective inpatient laparoscopic cholecystectomy. Voluntarily participated in a survey before and after the operation referring to their knowledge and opinion about the ALC and their predisposition to acceptance.
Results: 114 cases were examined. Before the operation, 46 % would have accepted outpatient surgery option. This percentage increased to 60 % in patients who had preoperative selection criteria of ALC ($p < 0.05$). This favourable opinion was related to the study's level (primary, secondary and university: 41, 42 and 100 %, respectively, [$p < 0.01$]). Only 18 % would have accepter after the operation ($p < 0.01$). The only factor that contributed to choosing this decision was the surgeon who performed the operation, ranged from 0 to 43 % ($p < 0.05$). The main reason for rejection was the fear of possible complications.
Conclusions: The opinion of the patient is mostly unfavourable to the ALC. The surgeon should strive to provide information and teaching to eliminate the previous prejudices of the patient. Proper selection, higher education and the appropriate surgeon may facilitate the acceptance of CLA.

Key words: Outpatient surgery, laparoscopic cholecystectomy, patient satisfaction, public opinion.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, la colecistectomía laparoscópica ambulatoria (CLA) representa un pequeño índice de sustitución (inferior al 8 %) en comparación con otros procedimientos quirúrgicos susceptibles de ambulatorización en nuestro país (1-3), a pesar de la amplia experiencia satisfactoria de varios autores (4,5). Tres razones intervienen principalmente en la obtención de este pobre resultado (6): a) la falta de compromiso del cirujano para asumir el riesgo de las posibles complicaciones ante la carencia de un dispositivo asistencial domiciliario adecuado y la incertidumbre en el terreno legal (7,8); b) el desinterés de los gestores sanitarios en su implementación y desarrollo (9), y c) una opinión desfavorable del paciente quien supone que el ingreso hospitalario es el tratamiento adecuado (10).

Los cirujanos que apuestan con entusiasmo por ella, vislumbran con claridad los beneficios que la CLA proporciona al paciente frente a la hospitalización convencional. Sin embargo, ya que el enfermo ha de ser el principal favorecido de esta modalidad terapéutica, una consideración primordial para asegurar su éxito es conocer cuál es su opinión sobre el tema. Por tanto, los objetivos principales de este estudio son: saber el punto de vista del paciente, percibir qué dificultades va a plantear (a las que deberemos enfrentarnos y dar una respuesta satisfactoria) y diseñar la estrategia adecuada para lograr su confianza y aceptación antes de establecer un programa de CLA para nuestra población de referencia, cuyo interés es ampliar la actual cartera de servicios de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) del Servicio de Cirugía General y conseguir una calidad asistencial dentro de los estándares presentes establecidos.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo, observacional y descriptivo, iniciado en abril de 2012 y finalizado en marzo de 2013 como paso previo a la culminación del diseño y ejecución de un programa de CLA en nuestro Hospital de nivel primario y ámbito urbano, poseedor de una dilatada experiencia en colecistectomía laparoscópica, CMA y hospitalización a domicilio.

La muestra elegida, como representativa de la población a estudiar, fue la de todos los pacientes intervenidos consecutivamente de colecistectomía laparoscópica electiva con ingreso hospitalario, mayores de 18 años, con domicilio a una distancia adecuada para la ambulatorización.

Los pacientes con colelitiasis sintomática fueron entrevistados por la misma enfermera de consultas externas unos días antes de la operación e invitados a participar voluntariamente en el trabajo. Completaron un cuestionario anónimo que hacía referencia a su conocimiento y opinión de la CLA y de su predisposición a aceptar hipotéticamente esta modalidad terapéutica (Anexo 1). Previamente, la enfermera había respondido a todas las dudas todavía pendientes de aclarar y explicado a todos los pacientes el concepto de la CMA y de la CLA con independencia de su grado de conocimiento. La misma encuesta fue repetida por la misma profesional entre la tercera y cuarta semana del alta hospitalaria, añadiéndose información referente a la calidad percibida y a su grado de satisfacción (Anexo 2). Los enfermos con colecistectomía urgente y quienes no quisieron participar fueron excluidos del ensayo.

Se quiso averiguar si en el grado de aceptación de la CLA podían influir la edad y sexo del paciente, su nivel de estudios, su conocimiento de la CMA, la experiencia previa en CMA (ya fuera personal o familiar), la calidad de la información recibida por el cirujano que realizó la visita preoperatoria, el cumplimiento de criterios de selección para CLA (11) o el cirujano que practicó la operación. También se investigaron los motivos de rechazo de la CLA.

Los resultados obtenidos fueron almacenados en una computadora Apple Macintosh SE (Apple Computer Inc. Cupertino. CA) y posteriormente analizados estadísticamente con el programa Stat View 512+ (Abacus Concepts IC, Berkeley).

El significado estadístico fue determinado con la prueba de la independencia de χ^2 para la comparación entre variables con caracteres cualitativos y con la t de student y el análisis de la varianza (ANOVA) entre variables cualitativas y cuantitativas. Las diferencias fueron consideradas demostrativas cuando el valor de p fue inferior a 0,05.

RESULTADOS

Participaron en la investigación 114 pacientes (43 varones, 71 mujeres) con una edad media de 55,1 ± 15,4 años (rango: 18-85 años). En siete pacientes, la intervención se convirtió a laparotomía por dificultades técnicas a causa de colecistitis crónica agudizada. La morbilidad de la serie fue del 3,4 %: tres casos de infección superficial de la herida umbilical y una oclusión intestinal por bridas a las tres semanas de la colecistectomía que requirió una reintervención. Durante la hospitalización, ocurrieron efectos adversos en el 11 % de los pacientes: nueve presentaron vómitos, tres dolor mal controlado y uno una retención urinaria. El 43 % cumplieron criterios de selección preoperatorios de CLA y el 24 % la totalidad de criterios (pre-, intra- y postoperatorios). La encuesta postoperatoria no pudo realizarse en una ocasión por regreso del enfermo a su país de origen tras la operación.

El 44 % de los encuestados refirieron conocer la CMA, el 31 % habían tenido experiencia propia o de algún familiar

EDAD: ..... SEXO: .....
GRADO ESTUDIOS: ☐ Primarios ☐ Secundarios ☐ Universitarios

1. ¿Cómo valora la información que ha recibido sobre su enfermedad (litiasis vesicular) y sobre el tratamiento quirúrgico que se va a realizar (colecistectomía laparoscópica)? Insuficiente Correcta Excelente
2. En caso de responder insuficiente, ¿qué dudas han quedado por responder?
   .....
   .....
3. ¿Sabe qué es la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)? SÍ NO
4. ¿Ha tenido alguna experiencia propia o familiar en CMA? SÍ NO
5. En caso positivo, ¿la experiencia fue satisfactoria? SÍ NO
6. En caso insatisfactorio ¿cuál fue el motivo?
   .....
7. ¿Sabe que la colecistectomía laparoscópica se puede realizar en régimen de CMA? SÍ NO
   (La colecistectomía laparoscópica ambulatoria se ofrece a los pacientes que no padecen enfermedades importantes asociadas (por tanto, con riesgo anestésico-quirúrgico bajo) y en los que la operación se ha realizado sin incidencias. En estos casos, después de la operación, el paciente permanece unas horas en observación y, si sus constantes vitales son normales, la dieta bien tolerada, el dolor correctamente controlado con la analgesia, la micción adecuada y la deambulación correcta, es dado de alta a su domicilio el mismo día de la operación (no pernocta en el Hospital) con un teléfono de contacto las 24 horas para notificar dudas o incidencias).
8. En el caso de que su cirujano le informara que cumple criterios para ser intervenido en régimen de CMA, ¿aceptaría? SÍ NO
9. En caso afirmativo, ¿cuál es la mayor ventaja para usted?
   .....
   .....
10. En caso negativo, ¿cuál sería el motivo?
    - Temor a complicaciones
    - Dolor mal controlado
    - Falta de soporte familiar
    - Mejor control en el hospital
    - Otro.....
11. ¿Le ha sido de utilidad la realización de esta encuesta? SÍ NO

Gracias por su colaboración

Anexo 1

1. Ahora que ya ha sido operado, ¿qué puntuación de 0 a 10 daría a todo el proceso, desde que le dijeron que se tenía que operar hasta el alta de la Unidad? .....
2. Las expectativas que usted tenía antes de operarse, respecto a cómo iría todo, ¿se han visto satisfechas? SÍ NO
3. Por su experiencia personal, ¿volvería a operarse en nuestro Hospital? SÍ NO
4. Por su experiencia personal, ¿recomendaría a algún familiar o amigo intervenirse al HMB? SÍ NO
5. Si le hubieran propuesto operarse de la vesícula en régimen de CMA (dormir en su domicilio la primera noche), ¿habría aceptado? SÍ NO
6. En caso afirmativo, ¿cuál habría sido la mayor ventaja para usted? .....
7. En caso negativo, ¿cuál sería el motivo?
   - Temor a complicaciones
   - Dolor mal controlado
   - Falta de soporte familiar
   - Mejor control en Hospital
   - Otro .....
8. ¿Le ha sido de utilidad la realización de esta encuesta? SÍ NO

Gracias por su colaboración

Anexo 2

de primer grado en este método de tratamiento y el 23 % sabían de la posibilidad de CLA. El 18 % de los pacientes manifestaron haber recibido una información preoperatoria excelente, el 67 % correcta y el 15 % insuficiente. Aunque no era un objetivo de la investigación, se detectó que un porcentaje no despreciable confundían la colelitiasis con la nefrolitiasis, algunos equiparaban laparoscopia y láser y unos pocos desconocían que la extirpación de la vesícula biliar era el propósito de la operación. También, en más de una ocasión, tuvo que aclararse que la CLA no formaba parte de las medidas anticrisis planeadas por el Gobierno de España o de las Autonomías.

Antes de ser intervenidos habrían aceptado ser operados hipotéticamente de CLA el 46 % los pacientes (Figura 1). El porcentaje de aprobación fue significativamente mayor en aquellos que cumplieron de criterios de selección preoperatorios de CLA (60 %) (Tabla I). No tuvo correlación con el género, la edad, el conocimiento o la experiencia previa en CMA, el cirujano que realizó la visita preoperatoria, ni la calidad de la información recibida. Este asentimiento estuvo relacionado con el nivel de estudios ($p < 0,01$). Así, el 100 % de los universitarios fueron favorables a la misma (Figura 2). La ventaja principal que la mayoría de los pacientes favorables a la ambulatorización subrayaron del procedimiento fue el mayor confort que ofrece el hogar respecto al hospital.

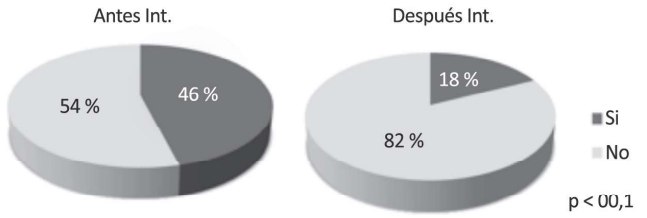

Fig 1. Aceptación de CLA antes y después de la intervención.

TABLA I

GRADO DE ACEPTACIÓN DE LA CLA ANTES DE LA INTERVENCIÓN

	(%)	P
Sexo: Hombre/Mujer	53/41	0,26
Conocen CMA/No conocen CMA	54/35	0,07
Experiencia CMA/No experiencia CMA	54/42	0,33
Saben CLA/No saben CLA	62/38	0,05
*Cumplen Crit. Selec. Preop. de CLA /No cumplen	60/35	0,02

CMA: cirugía mayor ambulatoria. CLA: colecistectomía laparoscópica ambulatoria.
*Cumplen criterios de selección preoperatorios de CLA.
(%): porcentaje de aceptación.

Tras la operación, disminuyó la atracción por la CLA y solo el 18 % manifestó interés por haber sido operado en régimen ambulatorio ($p < 0,01$) (Figura 1). Es de destacar el cambio de opinión de los pacientes universitarios que después de la operación solo eran partidarios el 23 %. La conversión a laparotomía, la morbilidad o dejar un drenaje en cavidad abdominal, examinados tanto aislada o conjuntamente, no tuvieron influencia en el amplio rechazo. De los factores analizados que podrían haber contribuido a la aceptación de la CLA (Tabla II), el único significativo fue el cirujano que realizó la colecistectomía laparoscópica (Figura 3). Solo en el 55 % de las ocasiones el operador fue el mismo titular que había realizado la visita preoperatoria.

El temor a las posibles complicaciones fue el principal motivo que argumentaron los pacientes para no aceptar la CLA, seguido de la creencia de que el hospital ofrece un mejor control postoperatorio (Tabla III).

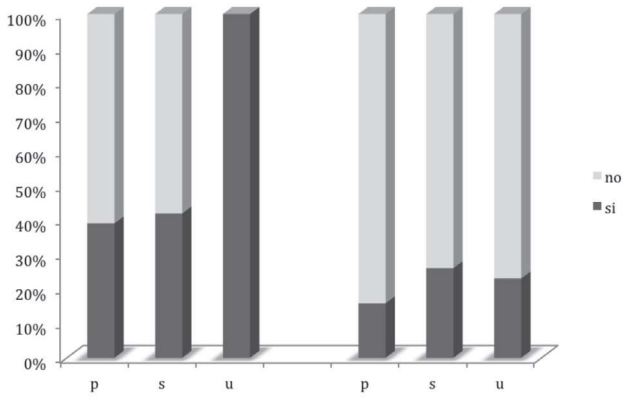

Fig. 2. Grado de aceptación de la CLA según niveles de estudio.

TABLA II

GRADO DE ACEPTACIÓN DE LA CLA DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN

	(%)	P
Sexo: Hombre/Mujer	23/14	0,33
Conocen CMA/No conocen CMA	16/19	0,86
Experiencia CMA/No experiencia CMA	17/18	0,89
Saben CLA/No saben CLA	16/17	0,77
*Cumplen Crit. Selec. Preop. de CLA /No cumplen	26/15	0,32
Drenaje intrabdominal/No drenaje intrabdominal	13/20	0,52

CMA: cirugía mayor ambulatoria. CLA: colecistectomía laparoscópica ambulatoria.
*Cumplen todos los criterios de selección de CLA (pre-, intra- y postoperatorios).
(%): porcentaje de aceptación.

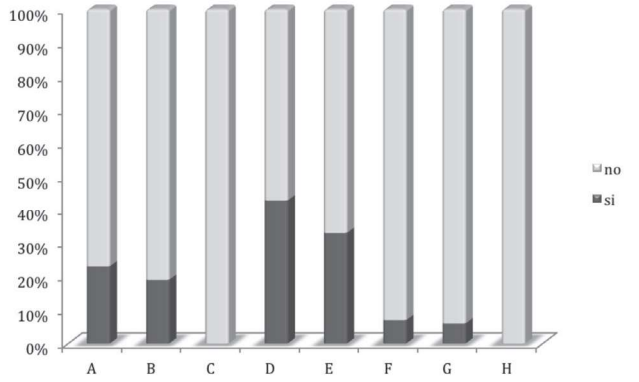

Fig. 3. Porcentaje de aceptación de CLA después de la intervención según el cirujano que realizó la operación.

TABLA III

CAUSAS DE NO ACEPTACIÓN DE LA CLA

	ANTES INT. (%)	DESPUÉS INT. (%)
Temor complicaciones	69	77
Miedo dolor	2	4
Falta soporte familiar	10	3
Mejor control hospital	19	15
Otras	0	1

CLA: colecistectomía laparoscópica ambulatoria. Int.: intervención.

En cuanto a la satisfacción percibida: se había logrado cumplir las expectativas en el 86 % de las ocasiones y la totalidad de los pacientes volverían a operarse en nuestro centro o nos recomendarían a algún familiar o conocido. Consideraron que les fue de utilidad realizar la primera y segunda entrevista el 95 y el 85 %, respectivamente. La puntuación media del servicio recibido en su globalidad fue de 9,2 sobre un máximo de 10 puntos.

DISCUSIÓN

La mayoría de trabajos originales de CLA (12-20) manifiesta un alto grado de satisfacción postoperatoria del paciente, por lo que, a la hora de establecer un programa de CLA, podríamos *a priori* prescindir de su opinión para simplificar la implementación del proyecto. Sin embargo, la lectura detenida de los mismos no siempre aclara el tipo de encuesta realizada, las preguntas concretadas, el grado de participación en la decisión terapéutica, el porcentaje de rechazo, los objetivos a satisfacer, etc. y no solo el buen resultado cosmético que parece ser uno de los logros más apreciados para algunos autores (21). Hay que tener en cuenta que el grado de satisfacción como indicador de calidad es controvertido (22): la baja participación de los encuestados en algunos trabajos y la variabilidad de los resultados según sea la entrevista personal, telefónica o postal anónima pueden convertirlo en un indicador poco fiable (23). Las razones antes aludidas han justificado la realización de este estudio, pues se ha considerado primordial contar con la voz del paciente sobre el tema para estar al corriente de sus preocupaciones, necesidades y expectativas. Para subsanar los inconvenientes sobre las encuestas anteriormente reseñados, se ha optado en el presente estudio por que constaran de múltiples preguntas que permitieran conocer ampliamente la opinión de los participantes y que su colaboración fuera voluntaria, presencial y anónima. El conocimiento obtenido con las mismas puede mejorar la futura información del procedimiento quirúrgico y de su seguridad (lo que puede contribuir a disminuir la probable angustia del paciente y permitir lograr su confianza y aceptación); también el diseño del programa de CLA a desarrollar e implementar con mayor conocimiento de causa.

En todo este proceso, una información individualizada preoperatoria adecuada es el eje fundamental en el manejo de la CMA (24,25). Hay que tener en cuenta que una porción substancial de la cultura sanitaria de nuestra población procede del conocimiento oral transmitido por la experiencia de personas cercanas al individuo (25) y, ocasionalmente, de las revelaciones pseudocientíficas incorrectas en algunos medios de comunicación. En este sentido, una parte importante de nuestra comunidad desconoce la CMA, a pesar de su constante incremento en nuestro país y de ser el propio paciente quien demanda esta modalidad terapéutica con más frecuencia (26). En la actual "era de la información", como es conocido el primer siglo del tercer milenio, resulta increíble que, a escasos días vista de la operación, algunos pacientes crean que tienen nefrolitiasis en lugar de litiasis vesicular y causa estupefacción que incluso alguien desconozca que se le va a extirpar la vesícula biliar después de haber sufrido los síntomas, sido sometido a estudios diagnósticos y visitados e informados por el médico de asistencia primaria y el cirujano. Por tanto, habría de conseguirse que, antes de la intervención, el paciente tenga la información correcta de la enfermedad que padece, del tratamiento a realizar, de la posibilidad de efectuarse en régimen ambulatorio y de los beneficios que esta singular cirugía puede reportarle. Cambiar su concepto cultural preestablecido sobre la superioridad de la hospitalización frente a la ambulatorización del postoperatorio en la colecistectomía laparoscópica puede ser una tarea ardua. Huelga decir que la comprensión humana y la paciencia deben aflorar en el cirujano, quien debe prestar la suficiente atención durante el tiempo dedicado al enfermo

en la entrevista, no solo para oírle sino para escucharle y así entenderle, condición que parece superflua pero que se incumple en demasía por el grado de presión asistencial y síndrome de *burnout* (27), entre otras causas (28). Es de destacar que, pese a que información preoperatoria fue excelente o correcta en el 85 % de las ocasiones, solo el 46 % de la población aceptaría la CLA.

El grado de aceptación de la CMA difiere según la edad, sexo y nivel cultural (24) y, en general, en nuestra población de referencia ha sido bajo. Sin embargo, fue significativamente mejor en los pacientes que cumplían criterios preoperatorios adecuados de selección. Esto podría ser el resultado de la ausencia de patología asociada y presumiblemente de menos complicaciones postoperatorias en estos pacientes que les inclinarían a elegir la opción favorable a la ambulatorización. El conocimiento y experiencia previas del paciente en CMA también podrían facilitar su consentimiento, aunque la limitada casuística de la investigación no ha podido confirmar esta hipótesis. Un alto grado de estudios por parte del paciente facilitaría la comprensión y la aprobación de la CLA; no obstante, hay que subrayar que el requerimiento de información se incrementa a mayor valor educativo y menor edad de la persona, circunstancias que exigen un detalle y exactitud superiores en los mensajes comunicados (25). También la mujer tiene más demanda de información que el hombre (25), fruto de su mayor angustia y de la carga doméstica que lamentablemente, con cierta frecuencia en nuestro país, no le queda eximida durante la recuperación postoperatoria domiciliaria.

Llama la atención el alto porcentaje de rechazo de los pacientes a la posible opción de CLA después de haber sido operados de colecistectomía laparoscópica con hospitalización y en este sentido, es llamativo el cambio de opinión de los universitarios, cuyo motivo no ha sido discernido. Aunque los efectos adversos no han condicionado dicha respuesta en la serie, este hallazgo no exime de una intervención depurada para evitar las potenciales complicaciones, pues el incumplimiento de criterios de selección intra y postoperatorios son motivo de exclusión de CLA. Ante la ausencia de otros factores explicativos, podría aventurarse que unos excelentes cuidados por parte de la enfermería podrían influir en la seducción por la hospitalización.

El cirujano que realiza la operación ha sido el único factor de los analizados que puede lograr la aceptación postoperatoria para la ambulatorización. En este sentido, es indiscutible las diferencias que existen entre los profesionales en la habilidad comunicativa personal (28), la calidad de la información administrada, la proximidad y contacto con los pacientes y familiares y la capacidad para transmitir seguridad y tranquilidad (29).

El temor a las potenciales complicaciones es el argumento más empleando por los pacientes para rechazar la CLA. Por tanto, es imprescindible asegurar un adecuado soporte domiciliario al alta (24) que evite la angustia y aumente el grado de satisfacción. En España la anulación del permiso laboral de los familiares de primer grado por parte de algunas empresas cuando se trata de intervenciones en régimen ambulatorio puede representar un obstáculo para la ambulatorización. En otros países donde está más desarrollada la medicina privada, las dudas sobre el reembolso económico por las compañías de seguro son causa para preferir la hospitalización (15).

A tenor de los resultados obtenidos, podrían identificarse una serie de factores a considerar que complementarían el diseño de nuestro programa de CLA y la estrategia para su iniciación, teniendo en cuenta que el grado de satisfacción de los pacientes por la colecistectomía laparoscópica con hospitalización ha sido óptimo.

En primer lugar, deberían introducirse mejoras en todo el proceso asistencial que obligarían a la revisión, modificación si procediera y cumplimiento de los protocolos de la técnica anestésica y quirúrgica, antiemético y analgesia perioperatoria que eviten complicaciones y aumenten el grado de bienestar del paciente durante el postoperatorio. Solo aquellos cirujanos con el adiestramiento técnico apropiado, atraídos y motivados por la CMA, deberían desarrollar la CLA, porque no todos tienen el mismo punto de vista, interés e implicación en estos programas. Esta condición también sería válida para los anestesistas pues influyen decisivamente en los buenos resultados del procedimiento. Ante los exiguos conocimientos que puede poseer el paciente sobre CMA en general y CLA en particular, es obvio que el operador deberá realizar un sobreesfuerzo explicativo y docente para instruirle en el conocimiento de la enfermedad y tratamiento y para eliminar los prejuicios previos y de esta forma, permitir que la propuesta de CLA sea aceptada. Sería recomendable que el cirujano que realiza la entrevista preoperatoria fuera el mismo que practique la intervención. La finalidad de la cita es logar la empatía en la relación médico-enfermo; así, la seguridad y tranquilidad del paciente quedan reforzadas si este deposita su total confianza en el operador que ha conocido durante la visita y que supone va a operarle. Debe refutarse que, en aras de la eficiencia, la gestión clínica hospitalaria diaria impida este principio de la práctica médica.

Consecuentemente, el facultativo debería dedicar el tiempo suficiente y contar con los medios accesorios adecuados para realizar la visita preoperatoria. Este principio aparentemente trivial es fácilmente omitido en nuestras consultas, pues generalmente se atiende a un número excesivo de pacientes en un reducido lapso de tiempo. Sería ideal que gozara de un espacio y horario propio para la CLA donde pudiera dar una información individualizada y provechosa y responder a todas las cuestiones y dudas planteadas por el enfermo. También es aconsejable la existencia de un

listado específico de visitas de pacientes candidatos a CLA y en la proporción adecuada al tiempo disponible y no uno general donde se mezclen con otras patologías quirúrgicas. Estas medidas pueden ser difíciles de llevarlas a la práctica en muchos hospitales de nuestro país, y podrían apoyarse en otras medidas informativas, como la entrega de folletos explicativos, DVD, etc.

Es obvio que la selección adecuada del paciente es fundamental y deben cumplirse rigurosamente los criterios de selección, pre-, intra- y postoperatorios. El paciente, una vez bien informado, debe participar activamente en la elección entre cirugía con hospitalización o ambulatoria. Asimismo, en el caso de haber elegido en la entrevista preoperatoria la modalidad de CLA, debería poder optar de nuevo entre ambas modalidades tras la operación, teniendo en cuenta que su estado físico y emocional es diferente (30).

Como las posibles complicaciones son un motivo importante de preocupación en el paciente, debería facilitarse un folleto de instrucciones postoperatorias donde además de la dieta, pauta analgésica y antiemética, curas, actividad física, día de visita postoperatoria de control, etc., se detallaran obligatoriamente los signos de alarma como dolor abdominal, náuseas y/o vómitos persistentes, fiebre, ictericia, sangrado de heridas, exudados, etc., y se especificara el canal de comunicación concreto donde notificar la presencia de los mismos. Un control telefónico tras varias horas del alta hospitalaria sería recomendable para interesarse por el estado de salud del paciente y confirmar la evolución postoperatoria favorable. Esta simple medida permitiría que el paciente se sintiera asistido sanitariamente aunque no esté en el hospital.

Finalmente, está ampliamente documentado que la CLA es segura y eficiente en la gestión del gasto sanitario y de las listas de espera (5,25) y ha convencido a muchos cirujanos de que ofrece cualidades ventajosas para el aquejado que cumple criterios de selección. Sin embargo, la opinión de los pacientes puede ser mayoritariamente desfavorable, por lo que su aceptación podría ofrecer dificultades. Es cometido del cirujano saber transmitir sus beneficios durante la entrevista preoperatoria en la que el paciente debe participar activamente en el proceso de decisión, sin obviar el importante papel que deben jugar las administraciones y gestores sanitarios para: a) mejorar las infraestructuras sanitarias (dotándolas de las instalaciones, recursos materiales y humanos adecuados); b) realizar campañas de divulgación de la CMA a través de los medios de comunicación; c) adecuar el marco legal aplicable, y d) facilitar los permisos laborables correspondientes, entre otras medidas.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan su agradecimiento a los pacientes que tuvieron la amabilidad de participar en el estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Villeta R, Landa JI, Rodríguez E, Alcalde J, Ruiz P. Proyecto nacional para la gestión de procesos asistenciales. Tratamiento quirúrgico de la colelitiasis. Desarrollo de la vía clínica. Cir Esp 2006;80:307-25.
2. Turienzo EO, Rodríguez JI, Trelles A, Aza J. Gestión integral del proceso de colecistectomía laparoscópica. Cir Esp 2006;80:385-94.
3. Índice de sustitución de los procesos quirúrgicos ambulatorios en el SNS (2005). En: Manual Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y recomendaciones. Madrid: Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. p. 90-1.
4. Planells M, García R, Cervera M, Navarro F, Carrau M, Sanahuja A, et al. Colecistectomía laparoscópica ambulatoria. Estudio de cohortes de 1.600 casos consecutivos. Cir Esp 2013;91:16-62.
5. Lezana MA, Carreño G, Lora P, Álvarez R. Colecistectomía laparoscópica ambulatoria *versus* con ingreso: estudio de efectividad y calidad. Cir Esp 2013;91:424-31.
6. Martínez Rodenas F. Colecistectomía laparoscópica ambulatoria. Dificultades para su implementación y desarrollo (punto de vista quirúrgico). Cir May Amb 2012;17:46-8.
7. Saunders CJ, Leary BF, Wolfe BM. Is outpatient laparoscopic cholecystectomy wise? Surg Endosc 1997;11:1147-9.
8. Joshi GP, Twersky R. Fast tracking in ambulatory surgery. Amb Surg 2000;8:185-90.
9. Morales D, Martín J, García E, Naranjo A. ¿Por qué es tan difícil generalizar la colecistectomía laparoscópica en régimen de cirugía mayor ambulatoria? Cir Esp 2009;86:122.
10. Planells M, Sánchez A, Sanahuja A, Bueno J, Serralta A, García R, et al. Gestión de la calidad total en colecistectomía laparoscópica. Calidad asistencial y calidad percibida en colecistectomía laparoscópica ambulatoria. Rev Esp Enferm Dig 2002;94:319-25.
11. Martinez Rodenas F, Hernández R, Guerrero Y, Moreno J, Alcaide A, Pou E, et al. Colecistectomía laparoscópica ambulatoria: resultados iniciales de una serie de 200 casos. Cir Esp 2008;84:262-5.
12. Forrest Calland, F, Tanaka K, Foley E, Bovbjerg VE, Markey DW, Blome S, et al. Outpatient laparoscopic cholecystectomy: Patient outcomes after implementation of a clinical pathway. Ann Surg 2001;233:704-15.
13. Ammori BJ, Davides D, Vezakis A, Martin IG, Larvin M, Smith S, et al. Day-case laparoscopic cholecystectomy: A prospective evaluation of a 6-year experience. J Hepatobiliary Pancreat Surg 2003;10:303-8.
14. Jain PK, Hayden JD, Sedman PC, Royston CM, O'Boyle CJ. A prospective study of ambulatory laparoscopic cholecystectomy: Training economic and patient benefits. Surg Endosc 2005;19:1082-5.
15. Berrevoet E, Biglari M, Sinove Y, De Baardemaeker L, Troisi R, De Heptinne B. Outpatient lparoscopic cholecystectomy in Belgium: What are we waiting for? Acta Chir Belg 2006;106:537-40.
16. Bona S, Monzani R, Fumagali Romario U, Zago M, Mariani D, Rosati R. Outpatient laparoscopic cholecystectomy: A prospective study of 250 patients. Gastroenterol Clin Biol 2007;31:1010-5.
17. Ahmad NZ, Bymes G, Naqvi SA. A meta-analysis of ambulatory versus inpatient laparoscopic cholecystectomy. Sur Endosc 2008;22:1928-34.
18. Psaila J, Agrawal S, Fountain U, Whitfield T, Murgatroyd B, Dunsire MF, et al. Day-surgery laparoscopyc cholecystectomy: Factors influencing same-day discharge. World J Surg 2008;32:76-81.
19. Briggs CD, Irving GB, Mann CD, Cresswell A, Englert L, Peterson M, et al. Introduction of a day-case laparoscopic cholecystectomy service in the UK: A critical analysis of factors influencing same-day discharge and contact with primary care providers. Ann R Coll Surg Engl 2009;91:583-90.
20. Gurusamy KS, Junnarkar S, Farouk M, Davidson BR. Day-case versus overnight stay for laparoscopic cholecystectomy. Cochrane Database Syst Rev 2013;7:CD006798.
21. Ji W, Ding K, Yang R, Liu XD, Li N, Li JS. Outpatient single-incision laparoscopic cholecystectomy in 22 patients with gallbladder disease. Hepatobiliary Pancreat Dis Int 2010;9:629-33.

22. Australian Council on Healthcare Standards (ACHS). Australasian Clinical Indicator Report 2004-2011:13th ed. Sydney NSW: ACHS; 2012. p. 27-9.
23. Palacio F, Merino M, Madina I, Zubimendi M, Irigoyen V. Diferencias entre los costes y resultados de 2 técnicas de encuesta: teléfono y correo. Rev Calidad Asistencial 2006;21:20-4.
24. Mira JJ, Tomas O, Virtudes-Pérez M, Nebot C, Rodriguez-Marín J. Predictors of patient satisfaction in surgery. Surgery 2009;145:536-41.
25. Bueno J, Planells M, Arnau C, Sanahuja A, Oviedo M, García R, et al. Colecistectomía laparoscópica ambulatoria. ¿El nuevo "gold Standard" de la colecistectomía? Rev Esp Enferm Dig 2006;98:14-24.
26. Aguayo JL. Cirugía mayor ambulatoria: un éxito del sistema. Rev Calidad Asistencial 2003;18:261-2.
27. Moreno-Egea A. Cirujanos, crisis económica y burnout. Cir Esp 2013;91:137-40.
28. McLafferty R, Williams R, Lambert A, Dunnington G. Surgeon communication behaviours that lead patients to not recommend the surgeon to family members or friends: Analysis and impact. Surgery 2006;140:616-24.
29. Santiñà M, Ascaso C, Escaramís G, Prat A, Asenjo MA. Influencia del médico en la satisfacción del paciente. Estudio de 471 casos. Med Clin Barc 2005;124:274-6.
30. Lehmann HP, Fleisher LA, Lam J, Frink BA, Bass EB. Patient preferences for early discharge after laparoscopic cholecystectomy. Anesth Analg 1999;86:1280-5.