

Original

Colecistectomía laparoscópica ambulatoria versus con ingreso: estudio de efectividad y calidad

María Ángeles Lezana Pérez*, Guillermo Carreño Villarreal, Paola Lora Cumplido y Raúl Álvarez Obregón

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 5 de abril de 2012

Aceptado el 4 de octubre de 2012

On-line el 17 de enero de 2013

Palabras clave:

Colecistectomía laparoscópica ambulatoria
Cirugía mayor ambulatoria
Colelitiasis

RESUMEN

Introducción: Analizar la efectividad y calidad de la colecistectomía laparoscópica en régimen ambulatorio (CLCMA) frente al manejo convencional de la colecistectomía laparoscópica con estancia (CLEST).

Material y métodos: Estudio retrospectivo donde se analizan todos los pacientes ASA I-II, durante 6 años, intervenidos mediante colecistectomía laparoscópica (CL). Se establecen 2 cohortes de pacientes: grupo CLCMA (n = 141 pacientes) y grupo CLEST (n = 286 pacientes).

La efectividad se analizó evaluando morbilidad, reintervenciones, reingresos y estancia. El análisis de calidad del grupo CLCMA se realizó mediante encuestas de satisfacción y posterior valoración mediante indicadores de satisfacción.

Resultados: No existieron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (CLEST vs CLCMA) en morbilidad (5,24 vs 4,26), reintervenciones (2,45 vs 1,42) ni en reingresos (1,40 vs 3,55). No hubo mortalidad postoperatoria. El 82% de los pacientes del grupo CLCMA fueron alta el mismo día de la intervención, siendo la estancia media de este grupo 1,16 días, mientras que en el grupo CLEST fue de 2,94 días (p = 0,003). El índice de satisfacción global fue de un 82% y el indicador de satisfacción de la asistencia recibida fue del 81%, ambos por encima del estándar previamente fijado.

Conclusiones: La CLCMA es tan efectiva y segura como la CLEST programada, con un buen nivel de calidad percibida.

© 2012 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Comparative study of ambulatory laparoscopic cholecystectomy versus management of laparoscopic cholecystectomy with conventional hospital stay

ABSTRACT

Introduction: To analyse the effectiveness and quality of ambulatory laparoscopic cholecystectomy (CLCMA) versus management of laparoscopic cholecystectomy with conventional hospital stay (CLEST).

Material and methods: A retrospective study was conducted on all patients ASA I-II, who had a laparoscopic cholecystectomy (LC) over a period of 6 years. The patients were divided into 2 groups: group CLCMA (n = 141 patients) and group CLEST (n = 286 patients).

Keywords:

Outpatient laparoscopic cholecystectomy
Major ambulatory surgery
Cholelithiasis

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marianlezana7278@yahoo.es (M.rez).

0009-739X/\$ - see front matter © 2012 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.10.010>

The effectiveness was analysed by evaluating morbidity, further surgery, re-admission and hospital stay. The quality analysis was performed using CLCMA group satisfaction surveys and subsequent assessment by indicators of satisfaction.

Results: There was no significant differences between groups (CLEST vs. CLCMA) in morbidity (5.24 vs 4.26), further surgery (2.45 vs. 1.42) or re-admissions (1.40 vs. 3.55). There was no postoperative mortality. In the CLCMA group 82% of patients were discharged on the same day of surgery, with a mean stay of 1.16 days, while in the CLEST group the mean hospital stay was 2.94 days ($P=0.003$). The overall satisfaction rate was 82%, and the level of satisfaction of care received was 81%, both above the previously set standard.

Conclusions: CLCMA is just as effective and safe as hospital based CLEST, with a good level of perceived quality.

© 2012 AEC. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción y objetivos

La instauración de la colecistectomía laparoscópica (CL) en cirugía mayor ambulatoria (CMA) no presenta una distribución uniforme en los hospitales de nuestra red pública¹ debido a sus connotaciones.

En 2010 realizamos un estudio con el fin de analizar la fiabilidad de la CL en régimen de CMA (CLCMA) en nuestro centro. Para ello analizamos una serie inicial de 110 casos, obteniendo resultados comparables con los de la CL a nivel nacional². No obstante, consideramos necesaria la realización de estudios destinados a comparar la efectividad de la CLCMA frente a la CL con ingreso hospitalario, tanto en términos de morbilidad como de mortalidad. Demostrada la misma efectividad, tan solo será necesario ahondar en la calidad percibida por los pacientes. A igual efectividad, se presupone una mayor eficiencia cuando los pacientes son intervenidos en CLCMA.

Realizamos un estudio cuyo objetivo principal es comparar la efectividad de la CLCMA con alta precoz (6 h) frente a la CL con estancia (CLEST) hospitalaria dentro de nuestra unidad clínica. La efectividad se analiza en términos de morbimortalidad, tasa de reintervenciones y reingresos. Como objetivos secundarios se plantea analizar los motivos de ingreso hospitalario en los pacientes de CMA, valorar la calidad percibida por los pacientes que cumplieron el régimen de CMA y analizar los motivos que impidieron un mayor uso de la modalidad ambulatoria.

Pacientes y método

En enero de 2005, tras la realización de las primeras 10 CLCMA, se decidió incluir en este régimen a todos los pacientes con colelitiasis sintomática no complicada que cumplieron los criterios establecidos: a) criterios locales: no ingresos por colecistitis aguda o pancreatitis aguda en los 3 meses previos, ausencia de litiasis en la vía biliar principal y pruebas de función hepática dentro de la normalidad; b) criterios generales: ausencia de cirugía abdominal supramesocólica, no ingesta de anticoagulantes orales o antiagregantes plaquetarios y pacientes con grados I y II de la American Society of Anesthesiologist (ASA); c) criterios sociales: distancia al centro sanitario, apoyo familiar, posibilidad de comunicación telefónica y la aceptación por parte del paciente. De no cumplir los criterios sociales de

CMA, los pacientes eran incluidos en lista de espera quirúrgica para la realización de CLEST (fig. 1).

Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos de CL por colelitiasis sintomática no complicada en régimen de CMA (CLCMA, n = 141 pacientes) en un periodo de 6 años (enero 2005-diciembre 2010). Paralelamente se recogió otra serie de pacientes, durante el mismo periodo de tiempo que, cumpliendo los mismos criterios de CMA, fueron intervenidos con estancia por no cumplir los criterios sociales (CLEST, n = 286 pacientes).

Para la recogida de datos se utilizó una base de datos diseñada con el fin de registrar los pacientes intervenidos por colelitiasis sin complicación mediante CL. Se incluyeron aspectos referentes a la clínica que motivó la consulta, la morbilidad previa, grado ASA, cirugía abdominal previa (supramesocólica o no), régimen asistencial (ingreso vs CMA), complicaciones intraoperatorias, drenajes, conversión a laparotomía y causas, complicaciones postoperatorias (médicas y quirúrgicas), reintervención y causas, así como número de estancias y reingresos. Además, en los pacientes intervenidos en régimen de CMA, se incluyó el motivo de ingreso en planta y aspectos referentes a la encuesta de satisfacción que les fue entregada al alta y que fue devuelta en la primera entrevista postoperatoria en la consulta (fig. 2).

La CL se realizó en el 100% de los casos con 4 puertos de entrada y por un total de 4 cirujanos con experiencia en cirugía biliar (mayor de 50 procedimientos), 2 de ellos con especial interés en CMA.

Ambos grupos dispusieron de los mismos recursos médico-quirúrgicos, tanto intra-como postoperatoriamente. Los criterios de alta fueron: constantes vitales controladas, tolerancia oral, dolor posquirúrgico leve, movilidad y deambulación adecuada y ausencia de complicaciones. En el caso de los pacientes operados en CMA, se realizó un contacto telefónico a las 6 h del alta y una revisión en consulta, igualmente en ambos grupos, a los 7-10 días tras la intervención, donde se recogía además la encuesta de satisfacción si era preciso.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 14.0 y se prefijó un nivel de significación del 5%. En el análisis univariante, las variables cuantitativas se expresaron mediante media y desviación estándar, y las variables cualitativas se expresaron como números absolutos y porcentajes. En ambos tipos de variables se calcularon los intervalos de confianza del 95%. En el análisis bivariante, la comparación entre variables cualitativas se realizó mediante

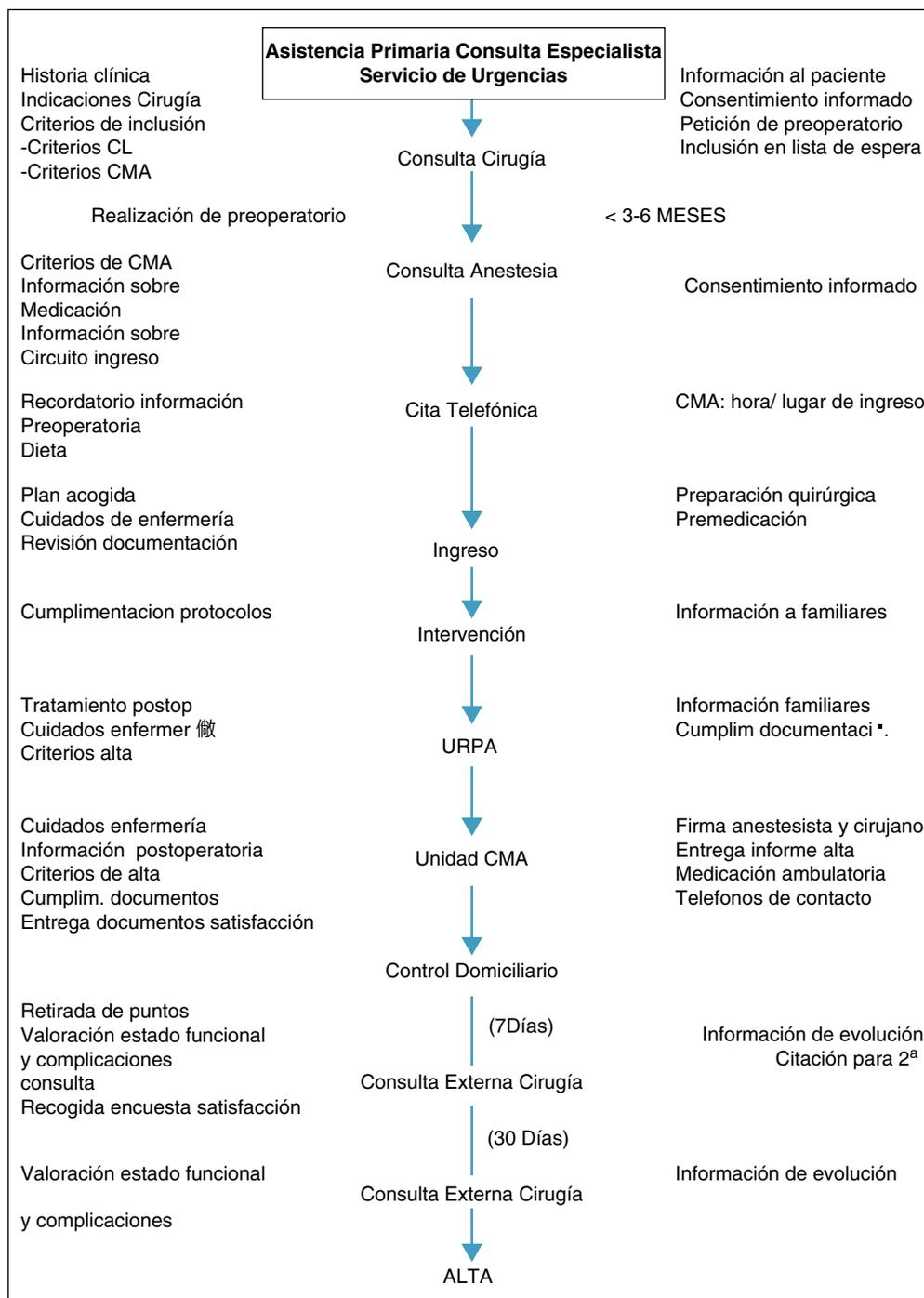


Figura 1 – Organigrama de pacientes con coleditiasis. Inclusion en CMA. URPA: Unidad de reanimación postanestésica.

la prueba de χ^2 , y la t de Student para la comparación de medias en las variables cuantitativas.

Resultados

En la [tabla 1](#) se recogen las características prequirúrgicas de los pacientes de ambos grupos. A pesar de tratarse de pacientes clasificados como ASA I-II existieron diferencias estadísticamente significativas, de tal forma que los pacientes del grupo

CLEST presentaron mayor edad y mayor comorbilidad. La presencia de antecedentes quirúrgicos fue superior en el grupo CLEST con diferencias discretamente significativas.

En la [tabla 2](#) se exponen las características posquirúrgicas en ambos grupos de pacientes. Únicamente se observaron diferencias significativas en el uso de drenajes, significativamente mayor en el grupo CLEST.

Respecto a la tasa de reintervenciones, 2 pacientes (1,4%) en el grupo CLCMA fueron reintervenidos por hemoperitoneo, mientras que en el grupo CLEST fueron reintervenidos 7 pacientes



ENCUESTA DE SATISFACCIÓN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN CMA
 Basándose en su experiencia, señale si la calidad de la asistencia sanitaria que le ha proporcionado el Hospital de Cabueñes, ha sido mejor o peor de lo que usted esperaba según la encuesta anónima que a continuación detallamos. Marque sencillamente con una X en la casilla que mejor refleje su opinión:

LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA SANITARIA HA SIDO					
RESPUESTA	Mucho peor de lo que me esperaba	Peor de lo que me esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo que me esperaba
	1	2	3	4	5
Los medios tecnológicos de que dispone el hospital han sido	1	2	3	4	5
Las instalaciones (habitación, climatización, iluminación, limpieza) han sido	1	2	3	4	5
El interés de los médicos en su atención ha sido	1	2	3	4	5
La capacitación de los médicos para solucionar sus problemas ha sido	1	2	3	4	5
El interés del personal de enfermería en su atención ha sido	1	2	3	4	5
La capacitación del personal de enfermería para solucionar sus problemas ha sido	1	2	3	4	5
La información que los médicos dan ha sido	1	2	3	4	5
La información que las enfermeras dan ha sido	1	2	3	4	5
¿Entendió la información que le dieron?	1	2	3	4	5
La puntualidad de las consultas médicas ha sido	1	2	3	4	5
El tiempo de espera para ser atendido ha sido	1	2	3	4	5
¿Coincidió en la estancia lo que le explicaron con lo realizado?	1	2	3	4	5
Si estuvo ingresado previamente, ¿Cómo valora usted este ingreso en comparación con los previos?	1	2	3	4	5
¿Recomendaría los servicios de este hospital?	1	2	3	4	5

Indique su nivel de satisfacción global con los cuidados sanitarios que ha recibido durante su estancia en el hospital:

- Muy satisfecho**
 Satisfecho
 Poco satisfecho
 Nada satisfecho

¿Le han realizado en el hospital pruebas o intervenciones sin pedir permiso?

- Si**
 No

¿A su juicio ha estado ingresado en el hospital?

- Menos de lo necesario**
 El tiempo necesario
 Más de lo necesario

¿ Conoce el nombre del médico que le atendía habitualmente?

- Si**
 No

¿Conoce el nombre de la enfermera/o que le atendía normalmente?

- Si**
 No

¿Cree que ha recibido suficiente información sobre su problema?

- Si**
 No

Figura 2 – Encuesta de satisfacción. Serie CLCMA.

(2,5%): 4 pacientes por peritonitis biliar (fuga biliar) y 3 pacientes por hemoperitoneo. Estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas.

No hubo mortalidad postoperatoria.

Respecto a la estancia postoperatoria, los pacientes del grupo CLCMA presentaron una estancia media de 1,16 días, mientras que en el grupo GLEST fue de 2,94 días, existiendo diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,003$) (fig. 3).

Tabla 1 – Características prequirúrgicas de los pacientes

	CLCMA n = 141 (%)	CLEST n = 286 (%)	p
Características de los pacientes			
<i>Edad</i>			
Media (rango)	50,15 (24-77)	57,97 (24-86)	< 0,001
Mediana	51	58,50	
<i>Sexo</i>			
Hombre	41 (29,1)	93 (32,6)	0,471
Mujer	100	193	
Forma de presentación			
Cólico biliar	115 (81,6)	183 (63,9)	< 0,001
Dispepsia	30 (21,3)	63 (22)	0,859
Pancreatitis aguda	6 (4,3)	49 (17,1)	< 0,001
Litiasis previa VBP	6 (4,3)	16 (5,6)	0,556
Pólipo/adenoma	4 (2,8)	3 (1,1)	0,171
Colecistitis Aguda	(7,8)	(4,9)	0,229
Casual	1 (0,7)	10 (3,5)	0,087
CPRE previa	6 (4,3)	21 (7,4)	0,214
Antecedentes médicos^a			
Enfermedad tromboembólica	1 (0,7)	0	0,153
Obesidad	22 (15,6)	28 (10,1)	0,101
Hipertensión arterial	24 (17)	86 (30,1)	0,004
Diabetes	3 (2,1)	24 (8,4)	0,012
Cáncer	4 (2,8)	14 (5,2)	0,256
Hepatopatía	1 (0,7)	8 (2,8)	0,158
Insuficiencia renal crónica	0	2 (0,7)	0,319
Accidente cerebrovascular	0	2 (0,7)	0,319
Enfermedad respiratoria	0 (4,9)	24 (8,7)	0,163
Cardiopatía	0	8 (2,8)	0,045
Otros	2 (1,4)	17 (6,3)	0,024
Antecedentes quirúrgicos			
Apendicectomía	35 (24,8)	98 (34,3)	0,047
Cesárea y/o cirugía de útero	16 (11,3)	51 (18,2)	0,069
Laparoscopia diagnóstica	24 (17)	52 (18,2)	0,768
Cirugía urológica	2 (1,4)	3 (1,1)	0,738
	1 (0,7)	8 (2,8)	0,157

CPRE: colangiopancreatografía retrógrada endoscópica; VBP: vía biliar principal.

^a Dentro de la clasificación ASA I-II: enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante.

Dentro del grupo de los pacientes de CLCMA, un total de 115 pacientes (82%) fueron dados de alta a las 6 h de la intervención quirúrgica, cumpliendo así el régimen de CMA. Los motivos de ingreso de los 26 pacientes restantes fueron: dolor mal controlado (2 pacientes), dificultad quirúrgica elevada (4 pacientes), presencia de náuseas/vómitos (5 pacientes), mareo (2 pacientes), inestabilidad hemodinámica (3 pacientes), motivo social (6 pacientes), retención urinaria (3 pacientes) y conversión a laparotomía (un paciente).

Respecto a la tasa de reingresos, no existieron diferencias significativas entre ambos grupos. Dentro del grupo de pacientes CLCMA, 5 pacientes (3,5%) precisaron reingreso:

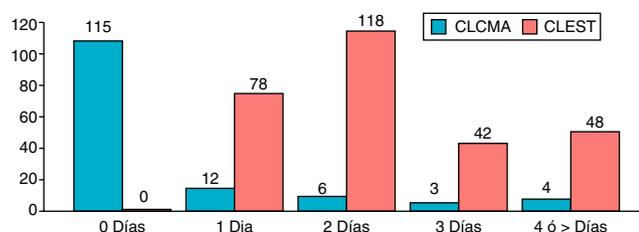


Figura 3 – Distribución de las estancias en ambas series.

3 pacientes por coledocolitiasis residual solucionada mediante CPRE, un paciente por dolor mantenido sin evidencia de enfermedad y un paciente por absceso intraabdominal tratado mediante drenaje percutáneo. Entre los pacientes del grupo CLEST, hubo un total de 4 reingresos, siendo el motivo en todos la presencia de un absceso intraabdominal solucionado de forma conservadora (3 mediante drenaje percutáneo y uno con tratamiento antibiótico).

Puesto que el grupo de pacientes CLEST presentó mayor tasa de comorbilidad previa, se valoró si esta se relacionaba con la mayor probabilidad de presentar complicaciones postoperatorias, mayor tasa de reintervenciones o una mayor tasa de reingresos. A este respecto, no existieron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,169$; $p = 0,616$ y $p = 0,862$, respectivamente).

Tras excluir a los pacientes que precisaron ingreso, un total de 80 pacientes (70%) contestaron y entregaron la encuesta de satisfacción en la primera visita programada. Para la valoración de esta encuesta, se tomaron en consideración los indicadores de satisfacción global y el indicador de satisfacción de asistencia global percibida, con un 82 y un 81% respectivamente. Ambos indicadores, situados por encima del estándar previamente fijado (fig. 4).

Tabla 2 – Características posquirúrgicas de los pacientes

	CLCMA n = 141 (%)	CLEST n = 286 (%)	p
Complicaciones intraoperatorias	4 (2,8)	7 (2,4)	0,811
Lesión de órgano	2 (1,4)	3 (1,1)	0,738
Hemorragia	2 (1,4)	4 (1,4)	0,986
Lesión VBP	0	0	-
Aspectos quirúrgicos			
Conversión	1 (0,7)	0	0,153
Drenaje	1 (0,7)	23 (8)	0,002
Anatomía patológica			
Colecistitis simple	119 (84,4)	220 (77,2)	0,082
Colecistitis crónica	18 (12,8)	60 (21,1)	0,127
Adenoma-pólipo	4 (2,8)	6 (2,1)	0,638
Morbilidad			
Postoperatoria	6 (4,3)	18 (5,2)	0,656
Hemoperitoneo	2 (1,4)	3 (0,7)	0,468
Fuga biliar	1 (0,7)	4 (1,4)	0,533
Hemorragia trocar	0	3 (1,1)	0,222
Absceso intraabdominal	1 (0,7)	4 (1,4)	0,533
Infección de herida quirúrgica	0	0	-
Íleo	0	2 (0,7)	0,319
Infección urinaria	1 (0,7)	2 (0,7)	0,990
C. respiratorias	0	1 (0,4)	0,482
Anemia	1 (0,7)	2 (0,7)	0,990
Reintervención	2 (1,4)	7 (2,5)	0,486
Estancia postoperatoria			
Media (rango)	1,16 (0-62)	2,94 (1-30)	0,003
Mediana	0	2	
Reingresos	5 (3,5)	4 (1,4)	0,146
Coledocolitiasis residual	3 (2,1)	0	0,013
Absceso intraabdominal	1 (0,7)	4 (1,4)	0,533
Dolor postoperatorio	1 (0,7)	0	0,213

VBP: vía biliar principal.

Discusión

La CL es considerada la técnica «gold» estándar en el tratamiento de la colecistitis sintomática³⁻⁷. Sin embargo, la realización de CLCMA no tiene una presencia uniforme en los hospitales de nuestra red pública ya que el cirujano percibe un «riesgo» innecesario en la cobertura asistencial al paciente¹.

No obstante, diversos estudios demuestran que la CLCMA es fiable y efectiva, así como el grado de satisfacción y calidad percibida por los pacientes^{5,6,8-14}. Se ha constatado que la recuperación del paciente intervenido en CMA, así como su nivel de ansiedad y calidad de vida son similares a los del paciente ingresado¹⁵. Incluso existen estudios en los que se evidencia una mejor recuperación de los pacientes intervenidos de CLCMA, de tal forma que estos presentarían menor grado de cansancio, atribuible al descanso nocturno domiciliario¹⁶.

Es necesaria, por tanto, la realización de estudios destinados a comparar la efectividad de la CLCMA frente a la CLEST, tanto en términos de morbilidad como de mortalidad. Más fiables serán estos estudios cuando ambas variantes hayan sido realizadas dentro de una misma unidad clínica, siempre y cuando los pacientes presenten los mismos criterios de selección.

El presente trabajo trata de analizar esto, con especial interés en demostrar en primera instancia que la CLCMA es igual de segura que la CLEST.

En nuestro estudio, llama la atención en primer lugar, que de los 427 pacientes, que cumplían criterios de CMA, cerca del 50% no cumplieran los criterios sociales, y dentro de este grupo, el mayor porcentaje correspondiera a la negativa del paciente. Probablemente, este perciba la inseguridad que muestra el cirujano ante la indicación del programa de CMA. En segundo lugar, son los pacientes más añejos los que mayoritariamente rehúsan la ambulatorización y, como es lógico pensar, a mayor edad, mayor comorbilidad. Este puede ser un motivo por el que ambos grupos de estudio no sean del todo homogéneos; no obstante, dichas diferencias no se relacionaron con una mayor tasa de complicaciones.

Por otra parte, observamos como el 30% de los pacientes incluidos en CMA migraron al grupo de CLEST dentro de programas de reducción de lista de espera. Esto es debido a la alta prevalencia que presenta esta enfermedad y a la escasa posibilidad de realizarla de forma ambulatoria, al ser posible actualmente una única intervención semanal. Todos estos factores habrán de ser tenidos en cuenta si se quiere potenciar el régimen ambulatorio.

Objetivamos como nuestros resultados siguen siendo equiparables a los reflejados en la literatura, comunicándose tasas de morbilidad del 6%, conversión del 1,2-5%, reinter-

1. Indicador de satisfacción global:	
N.º de encuestas con calificación de 4 o más en la encuesta	----- x 100
N.º de encuestas contestadas	
Estándar > 80 %	
2. Indicador de satisfacción de asistencia recibida:	
N.º de encuestas con calificación de 4 o más en la pregunta de la calidad de la asistencia recibida	----- x 100
N.º de encuestas contestadas	
Estándar > 80 %	

Figura 4 – Indicadores de satisfacción.

venciones 1% y reingresos del 2-4%^{5,7-9}. No existieron diferencias significativas entre ambos grupos al comparar la morbilidad postoperatoria, tasa de reintervenciones o reingresos.

Coincidiendo con los datos aportados por la literatura, la morbilidad postoperatoria estuvo constituida fundamentalmente por la presencia de hemoperitoneo por sangrado en el lecho quirúrgico, fuga biliar o por absceso intraabdominal. La presencia de sangrado en el lecho quirúrgico fue detectada en las primeras horas por inestabilidad hemodinámica, mientras que las 4 reintervenciones por fuga biliar fueron realizadas más allá de las 24 h. Se ha observado que la aparición de complicaciones mayores se diagnostican normalmente en el mismo acto quirúrgico o más allá de las 48 h, por lo que pasarían de la misma forma desapercibidas al realizar CLEST^{1,8,17}.

El cirujano en el mismo acto quirúrgico detecta la mayor probabilidad de complicaciones y pone en marcha los mecanismos necesarios para cubrir esta eventualidad. Tal es el caso de los 4 pacientes del grupo de CLCMA ingresados por temor a complicación en el postoperatorio, o el empleo abusivo de drenajes en la serie de CLEST, donde, aprovechando el ingreso, el cirujano tiende a hacer mayor uso de los mismos. Por lo tanto, tras los resultados obtenidos, estamos en disposición de afirmar que la CLCMA es tan segura como la CLEST.

En nuestro estudio solo el 30% de los pacientes del grupo CLEST fueron dados de alta al día siguiente, hecho que podría guardar relación con la pasividad por parte del cirujano. El porcentaje de ingresos en planta del grupo CLCMA ha sido del 18%, similar al publicado (8-40%) en recientes estudios^{4,5,6,8,12-14}. Se intuye, por lo tanto, que la realización de CLCMA confiere al cirujano un mayor grado de compromiso con la institución lo que, junto con la información al paciente, constituyen las claves del éxito de esta modalidad.

Entre los motivos de ingreso de los 26 pacientes del grupo CLCMA, tan solo 6 pacientes lo fueron por causa social. Motivos de ingreso como náuseas/vómitos, dolor mal controlado o retención urinaria serían subsidiarios de mejorar

mediante la aplicación de fármacos de reciente aparición y de mejoras en la técnica anestésica^{14,18}. No obstante, casi el 50% de los pacientes que ingresaron en planta desde la unidad de CMA, fueron dados de alta al día siguiente.

En el presente estudio los pacientes del grupo CLCMA presentaron una estancia media de 1,16 días frente a los 2,94 días de estancia media postoperatoria del grupo CLEST. Cabe destacar, además que, en nuestra experiencia, si el paciente no es dado de alta en las primeras 6 h, es ingresado en planta.

En diversos estudios se ha demostrado que el grado de satisfacción y la calidad percibida por el paciente tratado por CLCMA tiene buen nivel^{6,8-11}. En la presente serie, el 81% de los pacientes mostraron satisfacción respecto a la asistencia sanitaria recibida, mientras que el 82% de los pacientes lo hicieron respecto a la satisfacción global.

La correcta selección de los pacientes, la entrevista personalizada y la interacción cirujano-paciente son necesarias para asegurar el éxito de la gestión asistencial. Cabe esperar una mejora en el marco jurídico para que los cirujanos se sientan amparados en la realización de este modelo asistencial.

Constatada la no inferioridad de la CLCMA en términos de efectividad, seguridad y calidad con respecto a la CLEST, tan solo queda valorar si el compromiso adquirido por profesionales y pacientes se correspondería con un ahorro en el gasto sanitario. A estos efectos bastaría con plantear un estudio de minimización de costes entre ambas variantes asistenciales.

Conclusiones

La CLCMA en pacientes ASA I-II es tan efectiva y segura como la CLEST programada, con un buen nivel de calidad percibida por los pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Martínez Rodenas F, Hernández Borlán R, Guerrero de la Rosa Y, Moreno Solórzano J, Alcaide Garriga A, PouSanchis E, et al. Colecistectomía laparoscópica ambulatoria: resultados iniciales de una serie de 200 casos. *Cir Esp.* 2008;84:262-6.
- Lezana Pérez MA, Carreño Villarreal G, Fresnedo Pérez R, Lora Cumplido P, Padín Álvarez H, Álvarez Obregón R. Colecistectomía laparoscópica en régimen de cirugía mayor ambulatoria en un hospital comarcal: resultados iniciales de una serie de 110 casos. *Cir Esp.* 2010;87:288-92.
- Keus F, de Jong JA, Gooszen HG, van Laarhoven CJ. Laparoscopic versus open cholecystectomy for patients with symptomatic cholelithiasis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006:CD006231
- Manterola Delgado C, Alonso Coello P, Tort Donada M. Eficacia de la laparoscopia en la patología hepatobiliar. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. 2008 Informe 2/2008 [consultado 26 Ene 2012]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/AETSA>

5. Chang SK, Tan WB. Feasibility and safety of day surgery laparoscopic cholecystectomy in a university hospital using a standard clinical pathway. *SMJ*. 2008;49:397-9.
6. Calland FJ, 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.
7. Villeta Plaza R, Landa García JI, Rodríguez Cuellar E, Alcalde Escribano J, Ruiz López P. Proyecto Nacional para la Gestión Clínica de Procesos Asistenciales. Tratamiento quirúrgico de la coleditiásis. Desarrollo de la vía clínica. *Cir Esp*. 2006;80:307-25.
8. Gurusamy K, Junnarkar S, Farouk M, Davidson BR. Meta-analysis of randomised controlled trials on the safety and effectiveness of day-case laparoscopic cholecystectomy. *Br J Surg*. 2008;95:161-8.
9. Victorzon M, Tolonen P, Vuorialho T. Day-case laparoscopic cholecystectomy: treatment of choice for selected patients? *Surg Endosc*. 2007;21:70-3.
10. Vuilleumier H, Halckic N. Laparoscopic cholecystectomy as a day surgery procedure: implementation and audit of 136 consecutive cases in a university hospital. *World J Surg*. 2004;28:737-40.
11. Seleem MI, Gerges SS, Shreif KS, Ahmed AE, Ragab A. Laparoscopic cholecystectomy as a day surgery procedure: is it safe? An Egyptian experience. *Saudi J Gastroenterol*. 2011;17:277-9.
12. 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.
13. Ali A, Chawla T, Jamal A. Ambulatory laparoscopic cholecystectomy: is it safe and cost effective? *J Minim Access Surg*. 2009;5:8-13.
14. Sherigar JM, Irwin GW, Rathore MA, Khan A, Pillow K, Brown MG. Ambulatory laparoscopic cholecystectomy outcomes. *JLS*. 2006;10:473-8.
15. Barthelsson C, Anderberg B, Ramel S, Bjövell C, Giesecke K, Nordström G. Outpatient versus inpatient laparoscopic cholecystectomy: a prospective randomized study of symptom occurrence, symptom distress and general state of health during the first post-operative week. *J Eval Clin Pract*. 2008;14:577-84.
16. Young J, O'Connell B. Recovery following laparoscopic cholecystectomy in either a 23 hour or an 8 hour facility. *J Qual Clin Pract*. 2001;21:2-7.
17. Bueno J, Planells M, Arnau C, Sanahuja A, Oviedo M, García R, et al. Colecistectomía laparoscópica ambulatoria. ¿El nuevo «gold estándar» de la colecistectomía? *Rev Esp Enferm Dig*. 2006;98:14-24.
18. Ahn Y, Woods J, Connor S. A systematic review of interventions to facilitate ambulatory laparoscopic cholecystectomy. *HPB*. 2011;13:677-86.