

Recibido: 4-10-2023. Aceptado: 15-12-2023

ORIGINAL

<https://doi.org/10.20986/revcma.2024.1011/2024>

Consulta de revisión al mes, presencial o telefónica. Satisfacción entre los pacientes intervenidos de colecistectomía laparoscópica

Monthly review consultation in person or by telephone. Satisfaction in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy

Ismael Muñoz Bayo, Álex Villanueva Moure, Inés Pérez Dionisio, Concepción del Álamo Juzgado, Lourdes Gómez Bujedo y Carmen V. Almeida González

Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Hospital El Tomillar, Alcalá de Guadaíra, Sevilla. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Autor para correspondencia: Ismael Muñoz Bayo (ismael.mbayo@gmail.com)

RESUMEN

Objetivo: Valorar la satisfacción y las preferencias de los pacientes respecto a la consulta telefónica al mes de la intervención de colecistectomía laparoscópica en nuestro centro, para plantear retornar al modelo de consulta presencial previo a la pandemia.

Método: Estudio observacional, descriptivo, transversal y unicéntrico llevado a cabo entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022. Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas del soporte informático Diraya. 156 pacientes fueron contactados vía telefónica durante febrero y marzo de 2023 para realizar un cuestionario telefónico evaluando el grado de satisfacción.

Resultados: Edad media 52 años (DE 15 años); 72 % mujeres; 18 km (RQ 9-50 km) mediana de la distancia domicilio al centro; el 1,3 % acudió a urgencias tras la consulta telefónica; contestaron la encuesta 138 pacientes (89 %). La satisfacción global fue ≥ 8 en un 85 % de los casos, sin relación con el sexo. Un 45 % prefirió el formato presencial por querer comunicarse cara a cara o preocuparse de las heridas. La satisfacción entre los que prefirieron consulta presencial fue entre 1 y 2 puntos menor ($p = 0,001$) y, entre ellos, los que indicaron como motivo haber tenido molestias (17,5 %) presentaron 2 puntos menos de satisfacción global ($p = 0,04$) y 2 puntos menos de satisfacción con la resolución de sus problemas ($p = 0,03$) con respecto al resto.

Conclusiones: La consulta telefónica resulta segura y bastante satisfactoria para los pacientes tras la colecistectomía laparoscópica. Es aconsejable aumentar y mejorar la comunicación con los pacientes y citar presencialmente a los que refieran molestias.

Palabras clave: Colecistectomía laparoscópica, telemedicina, teleconsulta, satisfacción del paciente, cuestionario, entrevista por teléfono.

ABSTRACT

Objective: To assess patient satisfaction and preferences regarding telephone consultation one month after laparoscopic cholecystectomy in our centre, in order to return to the model of face-to-face postoperative interview prior to the pandemic.

Methods: Observational, descriptive, cross-sectional, single-centre, study carried out between 1/1/2022 and 31/12/2022. We retrospectively reviewed the clinical histories of the Diraya computer support. 156 patients were contacted by telephone during February and March 2023 to complete a telephone questionnaire assessing satisfaction.

Results: Average age 52 years old (SD 15 years), 72 % female, 18 km (QR 9-50 km) median distance home-hospital, 1,3 % came to the emergency room after the telephone consultation. 138 patients (89 %) answered the survey. Overall satisfaction was ≥ 8 in 85 % of cases, not linked with sex. A 45 % preferred in-person format because they wanted face-to-face communication or were worried about their wounds. Satisfaction among those that preferred in-person consultation were 1 to 2 points minor ($p = 0,001$). Among them, those who gave discomfort as a reason (17,5 %) showed 2 points less overall satisfaction ($p = 0,04$) and 2 points less problems resolution satisfaction ($p = 0,03$) compared to the rest.

Conclusions: Telephone consultation is safe and quite satisfactory for patients after laparoscopic cholecystectomy. It is advisable to increase and improve communication with the patients and to make face-to-face appointments for those who report discomfort.

Keywords: Laparoscopic cholecystectomy, telemedicine, teleconsultation, patient satisfaction, questionnaire, telephone interview.

INTRODUCCIÓN

El uso de la telemedicina ha sido utilizado ampliamente por otras especialidades antes de la pandemia, pero su implementación en cirugía, sobre todo en cirugía general, ha estado a la retaguardia, posiblemente por la seguridad que aporta en las decisiones disponer de una buena exploración física y el contacto cara a cara con el paciente (1-7). Varios estudios sugerían entonces que para procedimientos de baja morbimortalidad el seguimiento telemático era una opción segura y con múltiples ventajas para profesionales y pacientes (4,7-11). Con la irrupción de la enfermedad COVID-19 nos vimos obligados a modificar nuestra práctica clínica de forma súbita (4), de modo que la consulta telemática pasó a ser el formato predeterminado para minimizar el contacto interpersonal (1,2). El interés, entonces, por esta modalidad de atención se multiplicó, sin embargo aún no contamos con un cuerpo de literatura de calidad que la avale suficientemente (1).

En nuestro centro la revisión quirúrgica tras la colecistectomía laparoscópica se realizaba rutinariamente un mes después en la consulta externa de forma presencial. Durante la pandemia se sustituyó por una llamada telefónica, pudiéndose optar por seguimiento presencial a criterio del cirujano principal en caso de alguna complicación durante la cirugía o el postoperatorio inmediato. Esta llamada la realizan cirujanos distintos de los que operaron, y consiste en una entrevista en la que se informa de los resultados de la anatomía patológica y se pregunta por el estado de las heridas, la presencia de fiebre o dolor abdominal y la tolerancia alimentaria, y se resuelven las dudas de los pacientes. Si durante la entrevista se detecta alguna anomalía se los cita presencialmente.

Una vez pasada la crudeza de la pandemia, estas medidas no son ya obligatorias por lo que nos surgió la pregunta de cómo deberíamos seguir a los pacientes para brindarles la mejor atención, ¿volvemos a la consulta presencial o seguimos llamando por teléfono?

El objetivo principal de la investigación es valorar la satisfacción y las preferencias de los pacientes respecto a la consulta telefónica al mes de la intervención de colecistectomía laparoscópica en nuestro centro, a fin de plantear la idoneidad de retornar al modelo de consulta presencial previo. Como objetivos secundarios nos planteamos: a) evaluar la seguridad de nuestra atención midiendo el nivel de asistencia a urgencias por motivos relacionados con la intervención al mes siguiente; b) valorar la utilidad de la llamada conociendo el porcentaje de pacientes citados pre-

sencialmente tras esta, y c) por último, averiguar los motivos de las preferencias de los pacientes en pos de identificar grupos con un índice de satisfacción menor y posibles áreas de mejora en nuestro servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente es un estudio observacional, descriptivo, transversal y unicéntrico realizado para valorar la satisfacción y la eficacia percibidas por los pacientes de la llamada telefónica de revisión. La población diana fue la intervenida de colecistectomía laparoscópica programada (CLP) en la unidad de CMA de nuestro centro entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022. Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas, haciendo uso del soporte informático Diraya, la Estación Clínica y la Historia de salud Única para recopilar las variables de interés que se detallan más adelante. La distancia del domicilio del paciente al centro se tomó como la ruta más corta calculada por Google Maps entre el código postal del paciente y la dirección del hospital.

Se consideraron elegibles todos los pacientes mayores de 18 años intervenidos en dicho año. Como único criterio de exclusión se aplicó no haber recibido contacto telefónico para la consulta al mes de la intervención. Posteriormente se contactó a todos los pacientes vía telefónica durante los meses de febrero y marzo de 2023 para realizar una breve encuesta de satisfacción diseñada *ad hoc* para nuestro estudio. Se intentó contactar hasta en tres ocasiones distintas a los que no respondieron al teléfono. Los pacientes al contestar a las preguntas dieron su consentimiento tácito a participar. El cuestionario realizado en la entrevista, una vez confirmada la identidad del paciente y de informarle del motivo y la finalidad del estudio, se recoge en la Tabla I. Las preguntas fueron consensuadas, así como la utilización de escalas de 1 a 10 en las respuestas, a fin de que el cuestionario fuera reproducible y fácil de realizar por teléfono. Se excluyeron las respuestas de las preguntas P3 y P4 a los pacientes que fueron citados presencialmente tras la consulta telefónica (10 pacientes en total).

Para analizar los datos obtenidos se consideraron las siguientes variables: edad, distancia del domicilio al centro, satisfacción global y nivel de resolución de los problemas, como variables numéricas, sexo, cita presencial tras la telefónica, asistencia a urgencias, dudas en la consulta telefónica y preferencia entre modalidad telefónica o presencial como variables dicotómicas. Los diferentes motivos para preferir una modalidad u otra de consulta alegados en la P4,

TABLA I

CUESTIONARIO TELEFÓNICO

Abreviatura	Pregunta	Puntuación
P1	¿Cómo calificaría la satisfacción de la llamada telefónica del 1 al 10, siendo el 1 nada satisfecho y el 10 muy satisfecho?	Escala del 1 al 10
P2a	¿Le comentó en esa llamada al médico que la atendió algún problema o duda?	Dicotómica Sí/No
P2b	¿Cómo se los resolvieron? Califíquelo del 1 al 10 siendo 1 nada satisfecho y 10 muy satisfecho	Escala del 1 al 10
P3	En su caso, ¿habría preferido una consulta presencial?	Dicotómica Sí/No
P4	¿Por qué? (Referido a la pregunta anterior)	Respuesta abierta

que fue de respuesta abierta, se agruparon en 7 categorías para los que prefirieron una modalidad presencial, y en 5, para los que prefirieron la telefónica, aceptándose más de una respuesta por cada paciente. En los análisis se tuvieron en cuenta la edad de jubilación (65 años) y la edad media de la población, redondeada a 50 años, para evaluar posibles efectos sobre los resultados. Igualmente se hizo con la distancia al centro, en torno a una mediana de 18 km. Se realizó una descripción de las características recogidas a todos los sujetos, también en función de su respuesta a la P3, y se analizó la significación de relaciones entre diferentes características de la historia clínica y las respuestas observadas en la encuesta. Las asociaciones entre características cualitativas se estudiaron con la prueba Chi cuadrado o métodos no asintóticos, y para las cuantitativas se calcularon coeficientes de correlación de Pearson. La comparación de variables numéricas entre dos subgrupos se realizó con las pruebas t de Student o U de Mann-Whitney, en función de su normalidad, y las diferencias significativas se cuantificaron con intervalos de confianza al 95 %. El análisis se realizó con el software IBM SPSS 28.0 por personal ajeno a la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

RESULTADOS

Durante el año 2022, en el estudio se intervinieron un total de 175 pacientes elegibles, de los cuales 156 recibieron seguimiento telefónico al mes y fueron contactados para realizar la encuesta. Un 71,8 % fueron mujeres y la edad

TABLA II

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

VARIABLES		N = 156
Edad, años ($\bar{X} \pm DE$)		52,49 \pm 14,67
Sexo	Mujeres	112 (71,8 %)
	Hombres	44 (28,2 %)
Distancia del domicilio al centro, km (Me [RIC])		17,7 (8,7-49,5)
Cita presencial tras la telefónica	Sí	10 (6,4 %)
	No	146 (93,6 %)
Visita a Urgencias o a su médico de Atención Primaria	Sí	2 (1,3 %)
	No	154 (98,7 %)
Respondieron la encuesta	Sí	138 (88,5 %)
	No	18 (11,5 %)

media de la muestra fue de 52 años. Las variables clínicas y demográficas del estudio se resumen en la (Tabla II).

La encuesta fue contestada finalmente por 138 pacientes (88,5 % de la muestra total) y un 84,8 % de los casos presentaron una satisfacción igual o superior a 8 puntos sobre 10. De todos ellos, un 39,9 % refirieron alguna duda o molestia al médico que les atendió y la satisfacción con la resolución de dichos problemas alcanzó una mediana de 8 sobre 10 (RQ 6-10). La preferencia sobre la consulta presencial o telefónica estuvo dividida: 70 pacientes (55,1 %) prefirieron el formato telefónico y 57 (44,9 %) el presencial. Hubo un paciente que no indicó su preferencia por el tipo de consulta. Los motivos indicados por los pacientes que prefirieron la consulta telefónica se resumen en la Figura 1 y los que prefirieron la presencial, en la Figura 2. Todos los

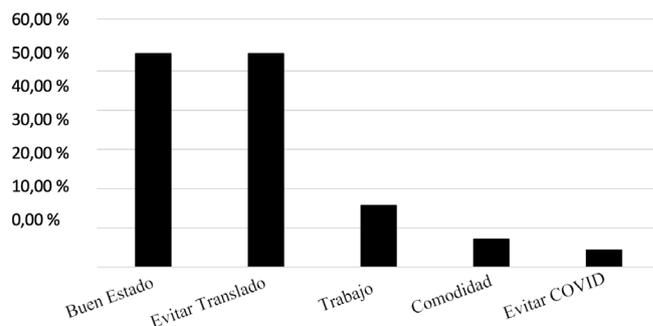


Figura 1. Motivo de la preferencia de la consulta telefónica (n = 70).

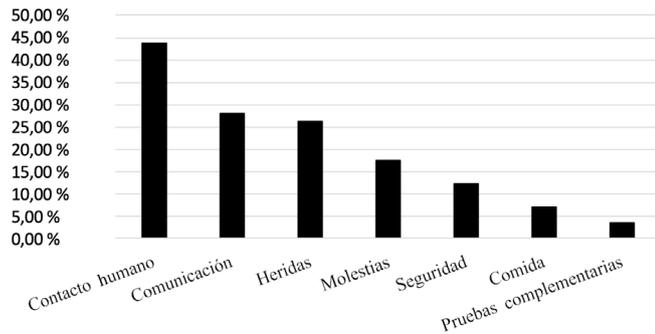


Figura 2. Motivo de la preferencia de la consulta presencial (n = 57).

pacientes que prefirieron la consulta telefónica dieron una puntuación de satisfacción global igual o superior a 8 sobre 10. No obstante, en el grupo que prefirió la presencial hasta un 63,2 % dio una puntuación de satisfacción global igual o superior a 8 sobre 10.

No se hallaron diferencias significativas en la satisfacción global respecto al sexo. Sí se observó que la mediana de la distancia entre el domicilio y el hospital entre los pacientes que presentaron una satisfacción igual o superior a 8 (17,7 km) era menor que la de aquellos que indicaron una menor satisfacción (26,8 km). Sin embargo, esta relación no logró la significación estadística al estar afectada por valores extremos, pacientes que, pese a vivir muy lejos del hospital, referían una alta satisfacción. Por otro lado, la edad promedio de los que puntuaron igual o superior a 8 (53 años) fue 6 años superior a los que puntuaron una satisfacción más baja (47 años), igualmente, sin llegar a ser significativa esta diferencia ($p = 0,075$).

En cuanto a los pacientes que expresaron dudas o problemas durante la consulta, pregunta 2a, el 46,1 % de las mujeres lo refirió mientras que solo el 22,2 % de los hombres lo hicieron con una Odds Ratio de 3 (IC 95 % 1,24-7,19; $p = 0,017$). Aunque no se encontró relación con la edad de forma global, sí se detectó significativamente que los pacientes hasta 65 años (inclusive) consultaron más por problemas que los mayores de esa edad, con una Odds Ratio 3 (IC 95 % 1,04-8,5; $p = 0,041$). Se estimó que los que presentaron dichas eventualidades indicaron 1 punto menos de satisfacción global en la diferencia entre medianas (pregunta 2b). La satisfacción global y la satisfacción con respecto a la resolución de problemas se correlacionaron alta y positivamente ($r = 0,747$; $p < 0,001$). No hubo relación entre la distancia del domicilio al hospital y las dudas o problemas expresados por el paciente durante la consulta telefónica.

La satisfacción global presentó una diferencia muy significativa entre los pacientes que prefirieron la modalidad telefónica de consulta frente a la presencial, estimándose aquella entre 1 y 2 puntos promedio inferior en el grupo que prefirió la presencial ($p = 0,001$). En el primer supuesto la totalidad del grupo dio una valoración igual o superior a 8

de satisfacción global (mediana 10; RQ 9-10). Los datos apuntan a una preferencia de los hombres por la consulta telefónica (64,7 % frente al 51,6 % de las mujeres), sin llegar a la significación estadística. Sin embargo, no se hallaron diferencias significativas de preferencia respecto a la edad o a la distancia al centro.

En el grupo de pacientes que prefirió la consulta presencial, los que indicaron como motivo haber tenido molestias presentaron una satisfacción global significativamente inferior al resto del grupo, con OR = 5,5 (IC 95 % 1,2-24,4; $p = 0,028$). Este subgrupo expresó más problemas que el resto (OR = 5; IC 95 % 1-26; $p = 0,042$) y una menor satisfacción, estimada en 2 puntos inferior, en cuanto a la resolución de dichos problemas. No obstante, hasta un 20 % de los pacientes que refirieron tener molestias en este estudio, no las expresaron en la consulta telefónica.

DISCUSIÓN

La modalidad telefónica de consulta en cirugía general ya había sido estudiada antes de 2020 por diversos grupos, con resultados prometedores en cuanto a seguridad y satisfacción y de múltiples ventajas que ofrece (7,8,10-13). Sin embargo, estos estudios se realizaron por lo general sobre una población muy seleccionada, por lo que no podían aplicarse satisfactoriamente a la población general. Es por esto que, tras adoptarla como medida de prevención durante la pandemia, aplicándola de forma generalizada, múltiples equipos de investigación se dedicaron a evaluar esta y otras modalidades de telemedicina (1,3-6,12,14,15).

La primera cuestión que debemos resolver es si la consulta telefónica es segura para los pacientes. Varios artículos han avalado la telemedicina como segura, determinando que no se relacionó con mayor tasa de complicaciones, visitas al servicio de urgencias a los 30 días o procedimientos adicionales (1,3-5,12). Hay que tener en cuenta que no todos estos artículos examinan el seguimiento mediante llamada de teléfono, sino que hay una amplia gama de procedimientos que se incluyen dentro de la telemedicina como video llamadas, aplicaciones móviles, mensajes de texto, páginas web... En nuestro estudio encontramos que la asistencia de nuestros pacientes a urgencias en los 30 días posteriores a la consulta telefónica fue muy minoritaria, en la línea de otros anteriores e incluso inferior (3). Esto apoya la idea de que es una medida segura.

La satisfacción referida por los pacientes sobre la revisión telefónica fue elevada, concordando con otros estudios similares (6,7,10,12,13,16). También se observó una alta valoración de la capacidad de nuestra consulta para resolver los problemas de estos. Pese a ello, un porcentaje alto de pacientes prefirió la consulta presencial en lugar de la telefónica. En este sentido encontramos discordancias en la literatura: Ainger y cols. recogieron entre 245 pacientes de cirugía general solo un 2,8 % que prefería consulta presencial (17); en el estudio de Blanco

Terés entre pacientes de coloproctología, a la pregunta de si preferían teleasistencia o cita presencial, solo un 26,1 % prefirió la teleasistencia para el futuro, pese a tener una alta tasa de satisfacción (6 [RIC 5-7+ sobre 7 puntos) (14). Esta disparidad podría deberse a las diferencias culturales entre las poblaciones que, salvo en el estudio de Blanco Terés (14), son mayoritaria o completamente anglosajonas. No obstante, los resultados se inclinan principalmente hacia la preferencia de la telemedicina (4,7,8,10). En nuestro estudio, el grupo que prefirió la consulta presencial indicó mayoritariamente una alta valoración de satisfacción, no obstante, aunque significativamente menor, como era de esperar.

Resultó que los pacientes más insatisfechos vivían en promedio unos 5 km más lejos del centro que los más satisfechos, aunque también hubo un 25 % de pacientes con satisfacción alta que vivían muy alejados, entre 50 y 90 km de distancia. Esto nos pareció paradójico. No se dio una asociación significativa probablemente por falta de mayor tamaño muestral, pero la tendencia es clara, como se muestra en la Figura 3. Aunque este fenómeno se ha observado en algunas investigaciones (9,10), en otros estudios vemos cómo esta modalidad asistencial, la telefónica, es especialmente rentable y aceptada en poblaciones con gran dispersión geográfica (16,18). El hecho podría ser debido a una sensación de seguridad que pudiera aportar la consulta presencial a los pacientes que no perciben tan cerca los cuidados de la atención especializada hospitalaria.

Otro resultado inesperado fue que la edad de los pacientes más satisfechos fue superior a la de los menos satisfechos, nuevamente sin significación estadística (Figura 4), cuando esperábamos que las nuevas generaciones estuvieran más habituadas a esta vía de comunicación. En esto difiere

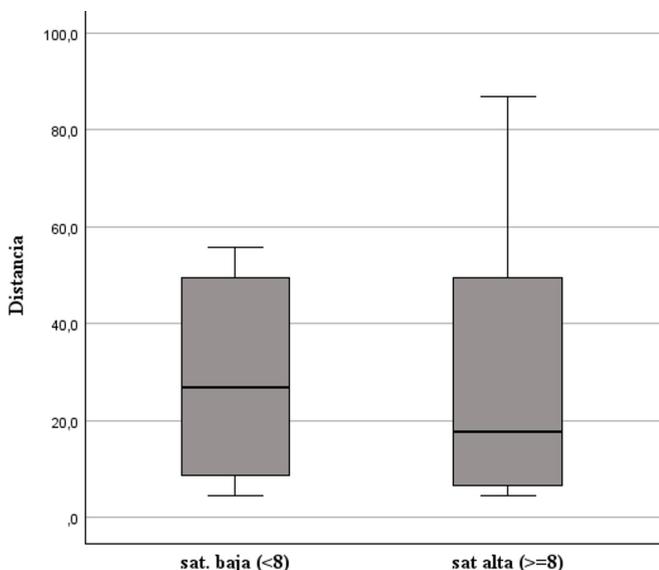


Figura 3. Distancia domicilio-centro hospitalario según satisfacción global (NS).

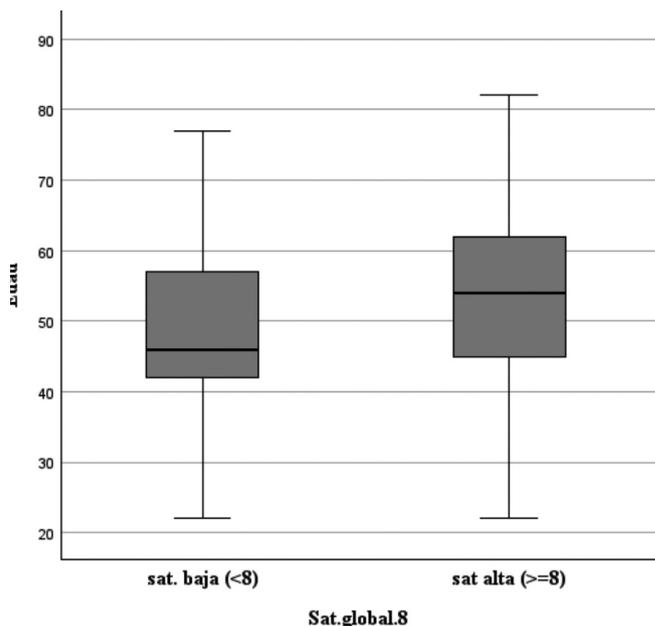


Figura 4. Edad según satisfacción global (NS).

nuestro estudio de otros en los que se informó de una menor satisfacción o dificultades para el uso de la telemedicina en pacientes ancianos (1,6). No obstante, los trabajos citados no hacen uso únicamente de la llamada telefónica como método de telemedicina, sino que también utilizan aplicaciones, páginas web, videoconferencias, etc., que son más difíciles de manejar que la simple llamada, que además es la intervención más accesible de forma generalizada (3). Blanco Terés y cols. informaron de un mayor interés por la consulta telefónica en pacientes con mayor nivel educativo y, aunque de forma no estadísticamente significativa, la tendencia de preferir la consulta telefónica entre los pacientes con vida laboral activa respecto a los jubilados (14). Estos resultados en nuestro estudio podrían deberse a la menor exigencia respecto de los resultados de la cirugía por parte de los pacientes de más edad, que además prefieren no tener que molestar a sus familiares para que les acompañen a la consulta presencial.

Los resultados de este estudio apoyan la idea de que debemos mantener la consulta telefónica en el periodo postpandémico, es segura y la satisfacción es alta (4,17). Otros trabajos enumeran múltiples ventajas para esta modalidad en comparación con la consulta presencial, como que es más accesible y mejora la adherencia, con menos tasa de inasistencia (1,4,7). Otros afirman ser un ahorro para los pacientes en tiempo y costes de transporte, costes de cuidado infantil y salarios perdidos debido al tiempo sin trabajo (1,3,7,10,16). Además, también se ha documentado un beneficio económico institucional por ahorro en el personal administrativo, la limpieza posterior a la consulta y un uso más eficiente del tiempo de los profesionales (1,2,12,15). La consulta telefónica es la intervención de telemedicina más común actualmente, frente a otras modalidades de telemedicina (1,7).

No obstante, creemos posible la mejora de nuestra atención mediante la aplicación de algunas medidas simples que podrían incrementar la satisfacción de los pacientes, reduciendo la proporción que siga prefiriendo la consulta presencial. La mayor parte de los pacientes que la prefirieron alegaron motivos que denotan sensación de inseguridad, como preferir contacto humano, temor a no expresarse bien o no entender bien las indicaciones del cirujano, pensar que necesitan pruebas complementarias que corroboren la buena evolución o tener dudas con respecto a la evolución de las heridas o la alimentación que deben llevar. Todas estas cuestiones se pueden resolver desde el alta, por lo que sería presumible que mejorar la información al alta del paciente, haciendo énfasis de la evolución que cabe esperar, de las variantes de la normalidad y dejando claro qué es alarmante y qué no, podría tranquilizar a la mayoría de los pacientes que prefirieron la consulta presencial. También podríamos revisar el texto asociado al alta que contiene las indicaciones comunes para los pacientes, para responder directamente a estas cuestiones que ellos mismos nos han planteado, creando un apartado de “Preguntas frecuentes”. Esta información se podría repetir de forma más escueta en un mensaje de texto que se enviara durante la propia consulta telefónica de forma complementaria, como proponen Khair y su equipo (4).

De hecho, con estas mejoras, el comunicar una anatomía patológica de malignidad no tendría por qué ser presencial, como sugiere Abbit y cols. (5). Y por último, dado que el grupo de pacientes que refirieron molestias asoció de forma significativa una disminución importante en la satisfacción global (Figura 5), sería conveniente citarlos presencialmente a todos. Esta medida no incrementaría mucho la carga de trabajo, dado que en todo el año apenas 10 pacientes (6,4 % de la muestra) comentaron este problema.

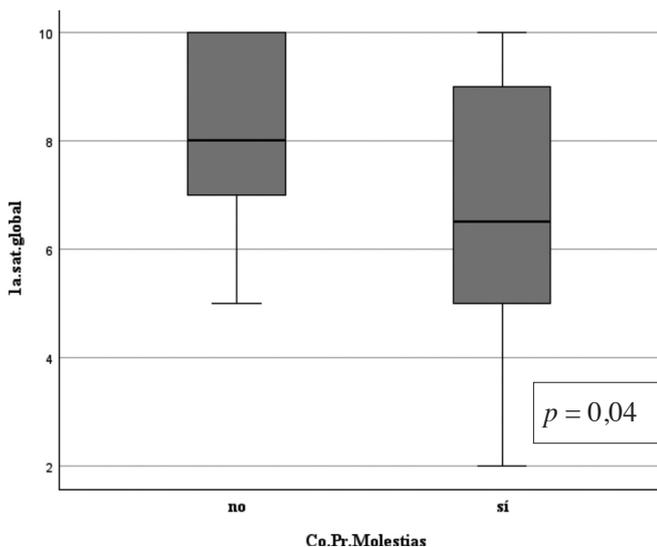


Figura 5. Satisfacción global según presencia de molestias.

Este estudio cuenta con varias limitaciones. La encuesta se realizó durante 2 meses para todos los pacientes, pudiendo incurrir en un sesgo de memoria principalmente en aquellos intervenidos a principios de 2022, cuya experiencia dista más del momento en que respondieron a la encuesta, a diferencia de los intervenidos a final del año. Solo tenemos acceso a la historia clínica de urgencias de centros públicos, pudiendo haberse pasado por alto visitas a centros o consultas privadas. Al ser este un estudio descriptivo, solo puede inferirse la existencia de relación sin sacar conclusiones de causalidad. Como el estudio se ha desarrollado en un solo centro, podría plantearse otro con mayor muestra y variabilidad para poder verificar también su validez externa. Asimismo, con una muestra más grande se obtendrían intervalos de confianza más estrechos y, por tanto, estimaciones más precisas.

Como conclusión, esta investigación sostiene que la revisión telefónica al mes de la intervención de colecistectomía laparoscópica reglada es una medida segura y que genera satisfacción en los pacientes. Además, el grupo de pacientes que refieran en esta consulta tener algún tipo de molestias debe ser citado presencialmente por ser el que menos satisfacción presenta, ofreciéndole así el mejor servicio posible.

AGRADECIMIENTOS

Quiero dar las gracias al biólogo e investigador José David Muñoz Fernández, por su colaboración en la redacción y la interpretación de los datos de este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blount E, Davey MG, Joyce WP. Patient reported satisfaction levels with the use of telemedicine for general surgery — A systematic review of randomized control trials. *Surg Pract Sci.* 2023;12:1-6. DOI: 10.1016/j.sipas.2022.100152.
2. Cremades M, Ferret G, Parés D, Navinés J, Espin F, Pardo F, et al. Telemedicine to follow patients in a general surgery department. A randomized controlled trial. *Am J Surg.* 2020;219(6):882-7. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2020.03.023.
3. Harkey K, Kaiser N, Zhao J, Gutnik B, Kelz R, Matthews BD, et al. Utilization of telemedicine to provide post-discharge care: A comparison of pre-pandemic vs. pandemic care. *Am J Surg.* 2023;226(2):163-9. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2023.03.007.
4. Khair A, Cromwell PM, Abdelatif A, Boland F, O'Reilly C, Maudarbacus N, et al. Text Messaging, Telephone, or In-Person Outpatient Visit to the Surgical Clinic: A Randomized Trial. *J Surg Res.* 2022;280:226-33. DOI: 10.1016/j.jss.2022.07.013.
5. Abbitt D, Choy K, Castle R, Carmichael H, Jones TS, Wikiel KJ, et al. Telehealth follow-up after cholecystectomy is safe in veterans. *Surg Endosc.* 2023;37(4):3201-7. DOI: 10.1007/s00464-022-09501-6.
6. Zhu C, Williamson J, Lin A, Bush K, Hakim A, Upadhyaya K, et al. Implications for Telemedicine for Surgery Patients After COVID-19: Survey of Patient and Provider Experiences. *Am Surg.* 2020;86(8):907-15. DOI: 10.1177/0003134820945196.
7. Ma Y, Jones G, Tay YK, Hunter T, Holden D, Rodgers-Wilson S, et al. Post-operative telephone review is safe and effective: prospective study – Monash outpatient review by phone trial. *ANZ J Surg.*

- 2018;88(5):434-9. DOI: 10.1111/ans.14280.
8. Carlock TC, Barrett JR, Kalvelage JP, Young JB, Nunez JM, Colonna AL, et al. Telephone Follow-Up for Emergency General Surgery Procedures: Safety and Implication for Health Resource Use. *J Am Coll Surg.* 2020;230(2):228-36. DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2019.10.006.
 9. Kemp MT, Williams AM, Sharma SB, Biesterveld BE, Wakam GK, Matusko N, et al. Barriers associated with failed completion of an acute care general surgery telehealth clinic visit. *Surgery.* 2020;168(5):851-8. DOI: 10.1016/j.surg.2020.06.029.
 10. Soegaard JM, Scott MF, Owei L, Neylan C, Hanson CW, Morris JB. Patient preference for time-saving telehealth postoperative visits after routine surgery in an urban setting. *Surgery.* 2018;163(4):672-9. DOI: 10.1016/j.surg.2017.08.015.
 11. Hwa K, Wren SM. Telehealth Follow-up in Lieu of Postoperative Clinic Visit for Ambulatory Surgery: Results of a Pilot Program. *JAMA Surg.* 2013;148(9):823-7.
 12. Fink T, Chen Q, Chong L, Hii MW, Knowles B. Telemedicine versus face-to-face follow up in general surgery: a randomized controlled trial. *Anz J Surg.* 2022;92(10):2544-50. DOI: 10.1111/ans.18028.
 13. van Boxel G, Hart M, Kiszely A, Appleton S. Elective day-case laparoscopic cholecystectomy: a formal assessment of the need for outpatient follow-up. *Ann R Coll Surg Engl.* 2013;95(8):561-4. DOI: 10.1308/003588413X13629960049559.
 14. Blanco L, Cerdán C, García J, Maqueda R, Lopesino JM, Correa A, et al. Patients' Perceived Satisfaction Through Telephone-Assisted Tele-Consultation During the SARS-CoV-2 Pandemic Period: Observational Single-Centre Study at a Tertiary- Referral Colorectal Surgery Department. *Surg Innov.* 2022;29(1):35-43. DOI: 10.1177/15533506211008053.
 15. Oates EV, Lim GHC, Nevins EJ, Kanakala V. Are Surgical Patients Satisfied With Remote Consultations? A Comparison of Remote Versus Conventional Outpatient Clinic Follow-Up for Surgical Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Patient Exp.* 2021;8:1-7. DOI: 10.1177/23743735211035916.
 16. Demaerschalk BM, Cassivi SD, Blegen RN, Borah B, Moriarty J, Gullerud R, et al. Health Economic Analysis of Postoperative Video Telemedicine Visits to Patients' Homes. *Telemed E-Health.* 2021;27(6):635-40. DOI: 10.1089/tmj.2020.0257.
 17. Ainger E, McCANCE AC, Burford C, Black R, Fernandes R. Patient satisfaction with general surgery telephone consultations during the COVID-19 pandemic: a single surgeon experience. *Minerva Surg.* 2023;78(1):30-6. DOI: 10.23736/S2724-5691.22.09593-4.
 18. Irvine K, Alarcon M, Dyck H, Martin B, Carr T, Groot G. Virtual surgical consultation during the COVID-19 pandemic: a patient-oriented, cross-sectional study using telephone interviews. *CMAJ Open.* 2022;10(4):E1008-16. DOI: 10.9778/cmajo.20210159.