

Siete años de experiencia en pacientes intervenidos por patología proctológica bajo modalidad cirugía mayor ambulatoria y estudio del grado de satisfacción usuaria

José Vivanco A.^{1,2}, Camilo Veyll Q.¹, Misael Ocares U.¹, Christian König P.², Gino Caselli M.^{1,2}, Camila Sepúlveda P.¹, Catalina Llanos R.¹, Carolina Frías L.¹, Antonia Quintana P.¹, Claudio Benavides Y.^{1,2}

Seven years of experience in operated patients of proctological pathology under major ambulatory surgery modality with user satisfaction study

Objective: To present the results of 7 years of colorectal surgery on mayor ambulatory surgery (MAS) and to determine patient satisfaction. **Methods:** A descriptive observational study of patients undergoing proctological surgery under the MAS modality was carried out at Regional Hospital of Concepción between 2012 and 2019. The SUCMA-14 satisfaction survey was applied. **Results:** 632 patients were evaluated in the study period. With statistically significant differences between pathologies for age, gender and BMI. The survey was applied to 270 patients who answered and responded. The results showed that, in general, the perception of the patients is positive, with exceptions, such as postoperative pain for warts and hemorrhoids, and postoperative complications for pilonidal disease. When the multivariate analysis corresponding to the survey is performed, it does not allow distinguishing between the diagnoses, but when applied to the surgical variables, it clearly shows that there is a distinction between them, with a disadvantage for pilonidal disease. **Discussion:** The differences in terms of surgical times, complications and re-hospitalizations do not necessarily affect the perception that patients have of the MAS, since it depends on other factors and not only on the surgical results. **Conclusion:** Results were concordant to what is described in the international literature, with worse results for pilonidal disease. Patient satisfaction was positive in general, without a clear distinction by pathology. We believe that MAS is recommended in proctological pathology both for its results and for the satisfaction it generates in patients.

Key words: ambulatory surgical procedures; colorectal surgery; patient satisfaction.

Resumen

Objetivo: Exponer los resultados de 7 años de cirugía proctológica por cirugía mayor ambulatoria (CMA) y determinar el grado de satisfacción usuaria. **Material y Método:** Se realizó un estudio observacional descriptivo de pacientes sometidos a cirugía proctológica bajo modalidad CMA en el Hospital Regional de Concepción entre los años 2012 y 2019. Se realizó la encuesta telefónica de satisfacción SUCMA-14. **Resultados:** Se evaluaron a 632 pacientes en el período de estudio. Con diferencias estadísticamente significativas entre patologías para edad, género e IMC. Se aplicó la encuesta a 270 pacientes que contestaron y respondieron. Los resultados mostraron que en general la percepción de los pacientes es positiva salvo puntuales excepciones, como el dolor postoperatorio para condilomas y hemorroides, y las complicaciones postoperatorias para la enfermedad pilonidal. Cuando se realiza el análisis multivariado a los datos correspondientes a la encuesta, no se logran diferencias significativas entre los diagnósticos, pero al aplicarlo a las variables clínico-quirúrgicas se evidencia, claramente, que existe una distinción entre éstas, en especial para la enfermedad pilonidal. **Discusión:** Las diferencias en términos de tiempos quirúrgicos, complicaciones y re-hospitalizaciones, no necesariamente afectan la percepción que los pacientes tienen de la CMA, ya que ésta depende de otros factores y no solo de los resultados quirúrgicos. **Conclusión:** Se

¹Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. Concepción, Chile.

²Servicio de Cirugía Hospital Guillermo Grant Benavente. Concepción, Chile.

Recibido el 22-04-25 y aceptado para publicación el 2022-07-11

Correspondencia a:

Dr. José Vivanco A.
jvivanco@udec.cl

obtuvieron resultados acorde a la literatura internacional, con peores resultados para enfermedad pilonidal. La satisfacción usuaria fue positiva en general, sin una clara distinción por patologías. Creemos que la CMA es recomendable en patología proctológica tanto por sus resultados, como por la satisfacción que genera en los pacientes.

Palabras clave: cirugía mayor ambulatoria; cirugía colorrectal; satisfacción usuaria.

Introducción

La cirugía mayor ambulatoria se define como procedimientos o intervenciones de variada complejidad en las que, independientemente del tipo de anestesia utilizada, tras un tiempo variable de control y observación, el paciente retorna a su domicilio el mismo día de la intervención sin necesidad de realizar hospitalización¹⁻⁴. Esto permite prescindir de la ocupación de camas y personal dedicado al cuidado de estos pacientes una vez otorgada su alta. En Estados Unidos se realizan cerca de 35 millones de procedimientos ambulatorios por año⁵⁻⁷.

La CMA se ha desarrollado de manera considerable, fundamentalmente, por la incorporación de agentes anestésicos que permiten una recuperación más rápida y menos efectos adversos^{2,8}. Las complicaciones graves son infrecuentes, razón por lo cual se hace necesario disponer de otros indicadores como prolongación de la estancia hospitalaria, reingresos y satisfacción usuaria⁹⁻¹¹.

La satisfacción usuaria de los pacientes es importante y ha logrado cambiar el concepto de calidad, siendo elemental conocer el grado de satisfacción, ya que éste influye directamente en la calidad del servicio brindado^{12,13}.

En el Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción se realiza cirugía proctológica bajo esta modalidad, desde hace una década, con buenos resultados administrativos, pero sin reporte de resultados clínicos ni de satisfacción usuaria. Entre los años 2012 y 2019 se realizaron 652 cirugías bajo modalidad CMA, dentro de las que destaca cirugía por patología hemorroidal, fisuras anales, fistulas anales, quistes pilonidales entre otras.

Este trabajo muestra los resultados de CMA por patología proctológica en el Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción y la satisfacción usuaria en relación con el procedimiento.

Material y Método

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en que se expone la experiencia de 7 años de rea-

lización de CMA por patología proctológica y la evaluación de la satisfacción usuaria mediante la realización de una encuesta telefónica de satisfacción usuaria en pacientes del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción entre los años 2012 a 2019.

Se incluyeron a todos los pacientes programados para ser operados bajo modalidad CMA por patología proctológica. A los pacientes que cumplían los criterios de inclusión se les solicitaron exámenes pre-operatorios de laboratorio (Hemograma, electrolitos plasmáticos, pruebas de coagulación, creatininemia y glicemia), y electrocardiograma. Se citaron en las semanas siguientes a la cirugía para su revisión. De no haber contraindicación por comorbilidad descompensada y/o alteración de los exámenes solicitados se inscribieron para realización de la cirugía y fueron operados de acuerdo con la disponibilidad de pabellón quirúrgico.

Para la recolección de datos se utilizó las plataformas virtuales SINETSUR y GALILEO, además de la revisión de fichas clínicas físicas.

Se creó una base de datos con las características demográficas de los pacientes, antecedentes mórbidos evaluados con la clasificación de Charlson, estudio pre-anestésico, índice de masa corporal, clasificación de ASA, tipo de cirugía, complicaciones de los pacientes agrupados según Clavien-Dindo y seguimiento por parte del equipo. Se agruparon los resultados en 6 patologías que incluyen quistes pilonidales, fisuras anales, hemorroides, fistulas perianales, condilomas anales y misceláneos.

Además de lo anterior, se aplicó la encuesta SUCMA-14, encuesta validada al castellano y diseñada especialmente para CMA¹². La encuesta está constituida por 14 ítems (Figura 1) y considera 3 factores de satisfacción: atención hospitalaria, cirugía ambulatoria y seguimiento postquirúrgico.

Para la realización de la encuesta, se contactó vía telefónica a los pacientes, previo consentimiento informado. Se agrupó a los pacientes según si “atendían y contestaban”, “atendían y no contestaban”, “no contestaban” y “fallecidos”. Para ello se definió el intento de llamar en un máximo de 3 veces a cada paciente para poder realizar la encuesta. Los pacien-

ARTÍCULO ORIGINAL

1. A su juicio, la información que recibió antes de la operación fue:
 Muy buena Buena
 Mala Muy mala

2. El trato recibido por parte del personal que le atendió en el hospital lo consideró:
 Muy bueno Bueno
 Malo Muy malo

3. ¿Cómo considera las instalaciones (quirófanos, habitaciones, etc.) del hospital donde fue intervenido?
 Muy buenas Buenas
 Malas Muy malas

4. En general, ¿quedó satisfecho con su estancia en el hospital?
 Muy satisfecho Satisfecho
 Poco satisfecho Nada satisfecho

5. Si tuviera que aconsejar a un familiar o conocido el hospital donde se operó, lo calificaría como:
 Muy bueno Bueno
 Malo Muy malo

6. Respecto a la capacidad del personal que le atendió, ¿cómo lo considera?
 Muy competente Competente
 Poco competente Nada competente

7. Si tuviera que volver a operarse en algún momento de su vida, ¿preferiría que fuera de esta forma, siendo dado de alta a su domicilio en el mismo día tras la operación?
 Es muy probable Es probable
 Es poco probable Es nada probable

8. Si tuviera que recomendar a algún familiar o amigo esta forma de operación quirúrgica, marchándose a su casa en el mismo día, ¿cómo lo calificaría?
 Muy recomendable Recomendable
 Poco recomendable Nada recomendable

9. El tiempo total que pasó en el hospital, es decir, desde que ingresó para la operación hasta que se fue a su domicilio, lo considera:
 Demasiado largo Adecuado
 Algo insuficiente Muy insuficiente

10. Tras la intervención quirúrgica, ¿sufrió dolor?
 Ninguno Escaso dolor
 Sí tuve dolores Tuve dolores fuertes

11. La información que recibió al irse de alta la considera
 Muy buena Buena
 Mala Muy mala

12. ¿Sintió miedo o preocupación por el hecho de estar tras la intervención fuera del hospital?
 No estuve preocupado Algo preocupado
 Sí estuve preocupado Muy preocupado

13. Considera que la cicatrización de la herida quirúrgica ha sido:
 Muy buena Buena
 Mala Muy mala

14. La atención que ha recibido tras la operación de los profesionales sanitarios de fuera del hospital (ambulatorio o centro de salud) la valora como:
 Muy buena Buena
 Mala Muy mala

Figura 1. Encuesta de satisfacción de usuarios.

tes se codificaron a la hora de realizar el consentimiento informado, para mantener la confidencialidad y poder realizar una tabulación de los resultados en una base de datos. Este estudio fue aprobado por el Comité Ético y Científico del Servicio de Salud de Concepción (Código CEC-SSC: 21-06-35).

Esta investigación se llevó a cabo respetando las recomendaciones de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

Análisis estadístico

Para el estudio descriptivo exploratorio de las variables sociodemográficas, clínicas y quirúrgicas se ocuparon promedios y desviación estándar para variables cuantitativas, y análisis de frecuencias para variables cualitativas. En el caso de las variables cuantitativas se realizó análisis de comparación de grupos a través de ANOVA Tukey con un nivel de significancia de 0,01. En algunas variables cualitativas, se ocupó test Chi-Cuadrado para buscar asociatividad con los diagnósticos de interés. Luego se realizó Análisis de Componentes principales, herramienta multivariada que analiza la interdependencia de las variables de interés y permite a través de una representación gráfica, visualizar de manera óptima la variabilidad de los datos, pudiendo encontrar patrones en el comportamiento de los diagnósticos (Enfermedad Pilonidal, Condilomas, Hemorroides, Fisura Anal, Fístula Perianal) en el análisis de la encuesta y con respecto a las variables sociodemográficas, clínicas y quirúrgicas. Los análisis fueron realizados con R 4.1.3. e INFOSTAT.

Resultados

Se evaluaron a 632 pacientes en el período de estudio. En la Tabla 1 se visualiza el perfil sociodemográfico y clínico con respecto a los diagnósticos de interés, destacándose que el más se repitió fue Hemorroides ($n = 188$). Se encontraron diferencias significativas en la edad ($p < 0,01$), cuyos pacientes más jóvenes eran los que presentaban Enfermedad Pilonidal ($\pm 6,8$) y Condiloma Anal (± 12).

Al analizar al género se encuentran diferencias significativas para Hemorroides y Condilomas anales (valor $p < 0,001$), encontrando una mayor proporción de hombres con estas condiciones. En el caso de la Fístula Perianal existen diferencias significativas ($vp < 0,001$), pero con mayor proporción hacia las mujeres ($n = 103$, 78%). Con respecto al IMC, Condilomas Anales ($\pm 3,8$), presentó, estadísticamente, menor valor ($vp < 0,01$) que el resto de los diagnósticos que tenían valores mayores a 27.

Con respecto a la Tabla 2 que indica las características quirúrgicas, se observa que el tiempo en quirófano en minutos fue, significativamente, mayor ($p < 0,01$) en la Enfermedad Pilonidal $\pm 33,7$ que en los otros diagnósticos que tuvieron medias me-

nores a 57 minutos. El mismo comportamiento se vio para el tiempo operatorio, donde la enfermedad pilonidal obtiene un valor de (± 13), mientras que en los otros registros se presentan valores menores de 17,5 minutos.

Tabla 1. Características socio-demográficas y clínicas

| VARIABLES SOCIO-DEMGRÁFICAS | Enfermedad pilonidal | Fístula perianal | Hemorroides | Fisura anal | Condilomas anales |
|-----------------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------|
| Número | 147 | 129 | 188 | 41 | 61 |
| Edad (Años) | $\bar{x} 22,8 \pm 6,8$ | $\bar{x} 47,4 \pm 12,4$ | $\bar{x} 49,8 \pm 12,3$ | $\bar{x} 50,5 \pm 10,4$ | $\bar{x} 32,3 \pm 12$ |
| Sig. | a | c | c | c | b |
| Género (n) % | | | | | |
| Masculino | 65 (44,2%) | 26 (20,2%) | 123 (65,4%) | 25 (61%) | 60 (98%) |
| Femenino | 82 (55,8%) | 103 (79,8%) | 65 (34,6%) | 16 (39%) | 1 (2%) |
| Valor p | 0,1609 | < 0,001 | < 0,001 | 0,1589 | < 0,001 |
| Variables clínicas | | | | | |
| IMC | $\bar{x} 27,8 \pm 4,6$ | $\bar{x} 29,2 \pm 4,5$ | $\bar{x} 27,6 \pm 4,5$ | $\bar{x} 28,1 \pm 2,9$ | $\bar{x} 24,9 \pm 3,8$ |
| | b | b | b | b | ab |
| ASA | | | | | |
| ASA I | 97 (66%) | 51 (40%) | 69 (36%) | 15 (37%) | 16 (26%) |
| ASA II | 48 (33%) | 73 (57%) | 112 (60%) | 25 (61%) | 43 (70%) |
| ASA III | 1 (1%) | 5 (3%) | 7 (4%) | 1 (2%) | 2 (4%) |

\bar{x} = promedio, \pm = Desviación estándar, n = número, (%) = Porcentaje, ASA = American Society of Anesthesiologists Las variables cuantitativas fueron representadas por promedios y desviaciones estándar, se compararon a través de test Anova con test posteriori Tuckey, letras iguales no tienen diferencias significativas con un valor p de 0,01. Las variables cualitativas se analizaron por medio de chi-Cuadrado.

Tabla 2. Características quirúrgicas

| | Enfermedad pilonidal | Fístula perianal | Hemorroides | Fisura anal | Condilomas anales |
|--------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Tiempo en quirófano en minutos | $\bar{x} 70,1 \pm 33,7$ | $\bar{x} 55,6 \pm 16,5$ | $\bar{x} 56,7 \pm 15,4$ | $\bar{x} 48,6 \pm 11,6$ | $\bar{x} 52,7 \pm 19,1$ |
| | b | a | a | a | a |
| Tiempo operatorio en minutos. | $\bar{x} 27,8 \pm 13$ | $\bar{x} 17 \pm 9,8$ | $\bar{x} 17,4 \pm 12,7$ | $\bar{x} 11,3 \pm 6$ | $\bar{x} 14,7 \pm 13$ |
| | b | a | a | a | a |
| Re-hospitalización | 6 | 2 | 3 | 1 | 1 |
| Re-intervención | 2 | 4 | 0 | 0 | 3 |
| Clavien-Dindo | | | | | |
| D-I | 24 | 9 | 33 | 5 | 5 |
| D-II | 30 | 6 | 2 | 2 | 2 |
| D-III | 1 | 4 | 0 | 0 | 1 |
| Tipo de complicación | | | | | |
| Absceso | 3 | 5 | 1 | 1 | 3 |
| Infección | 21 | 3 | 1 | 1 | 0 |
| Sangrado | 1 | 5 | 11 | 4 | 3 |
| Seroma | 11 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Dehiscencia | 41 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Dolor | 0 | 5 | 19 | 2 | 3 |

\bar{x} = promedio, \pm = Desviación estándar, n= número, (%) = Porcentaje, ASA = American Society of Anesthesiologists Las variables cuantitativas fueron representadas por promedios y desviaciones estándar, se compararon a través de test Anova con test posteriori Tuckey, letras iguales no tienen diferencias significativas con un valor p de 0,01. Las variables cualitativas se analizaron por medio de Chi-Cuadrado.

ARTÍCULO ORIGINAL

Además, se destaca que los pacientes con quistes pilonidales tienen valores de re-hospitalización con un 4,08% (n = 6). Además, los pacientes con enfermedad pilonidal, se presentan más en las distintas categorías de Clavien-Dindo DI (n = 24), DII (n = 30) y registran más casos de dehiscencia 27,9% (n = 41), seroma 7,48% (n = 11) e infección 14,2% (n = 21) en la enfermedad pilonidal que los otros diagnósticos.

Encuesta

Al momento de realizar la encuesta, de los 632 pacientes operados por CMA en este período, 32 pacientes se encontraban fallecidos, 304 no contestaron el llamado, 26 contestaron, pero no respondieron la encuesta y 270 contestaron y respondieron. En el gráfico de la Figura 2, se describen las variables del instrumento SCUMA 14 para los 5 diagnósticos. Se encontró que en relación a la Pregunta 1 acerca de la información recibida antes de la operación, para todos los diagnósticos (Quiste Pilonidal, Hemorroides, Fisura Anal, Fistula Perianal, Condilomas), los valores fueron superiores al 88% para las categorías buena y muy buena, este patrón se repite en la pregunta 2 referida al trato recibido por parte del personal que le atendió en el hospital, con valores

mayores al 96% para todos los diagnósticos en las categorías muy bueno y buen trato en la atención. Siguiendo con la Pregunta 3 asociada con la consideración del paciente a las instalaciones del hospital, sobre el 92% indicó que eran muy buenas y buenas. Al observar la Pregunta 4, se confirma lo preguntado anteriormente, ya que sobre el 87% de los pacientes indica que quedaron satisfechos y muy satisfechos con la instancia del hospital, lo que coincide con la pregunta relacionada con aconsejar a un familiar en el hospital de la intervención que tiene valores arriba de 93% (Pregunta 5). Cuando a los pacientes se les preguntó acerca de la capacidad del personal que los atendió (Pregunta 6), más del 93% para todos los diagnósticos, consideraron que fue muy competente y competente. Al explorar la Pregunta 7, vemos menores valores de aprobación que el resto de las preguntas, al consultar si de volver a operarse preferiría que fuera siendo dado de alta en su domicilio en el mismo día tras la operación, ya que quiste pilonidal obtiene un valor de 78% de es “muy probable” y “probable”, las otras condiciones para “muy probable” y “probable” obtuvieron valores mayores en 84%. Esta estadística se repite para la Pregunta 8, que describe la recomendación a algún familiar o amiga de esta forma de operación

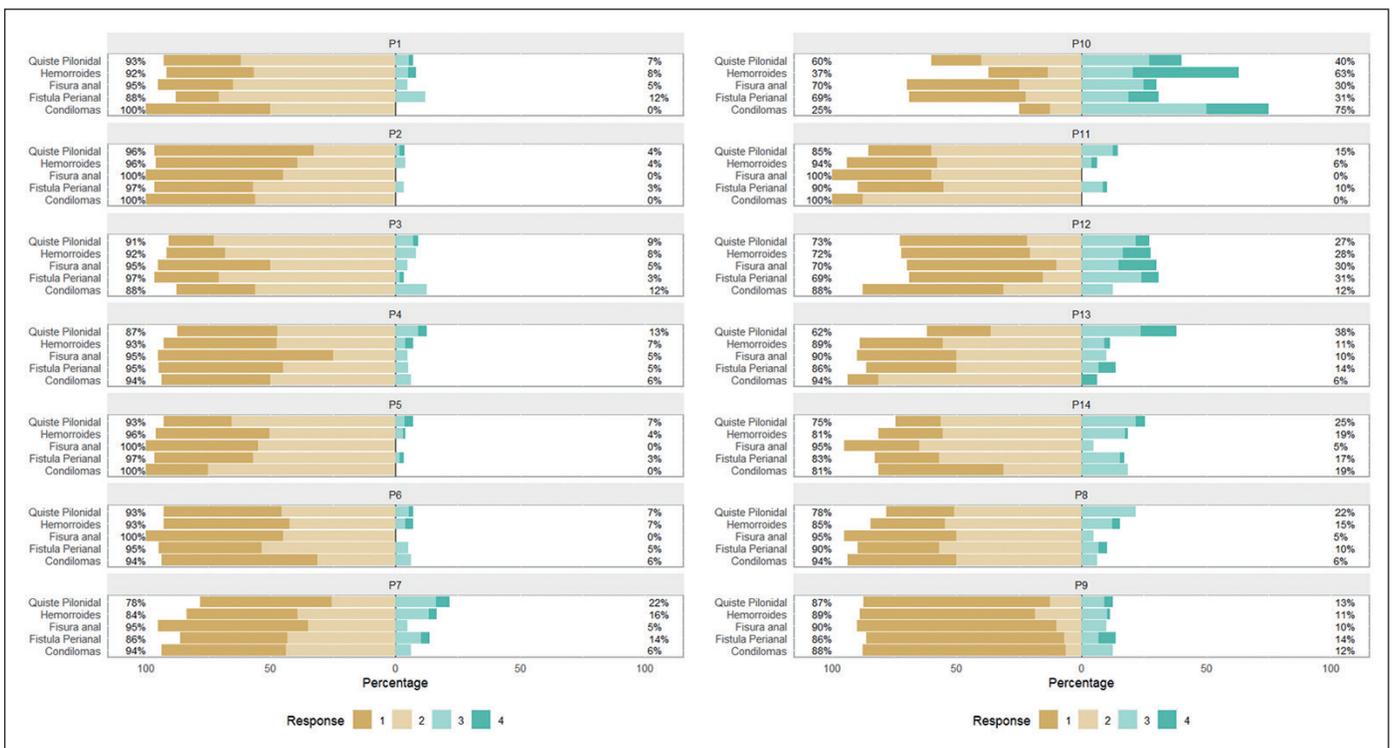


Figura 2. Variables del instrumento SCUMA 14 para los 5 diagnósticos.

quirúrgica. Al consultar por el tiempo total que se pasó en el hospital (Pregunta 9), todos los diagnósticos presentaron sobre el 87% de aprobación. Estos patrones no se reflejan en la Pregunta 10, relacionada con el dolor en las intervenciones, en la cual un 75% de los pacientes con Condilomas Anales relató sufrir dolores fuertes y muy fuertes. Seguido por las Hemorroides, diagnóstico en el que un 63% de los pacientes sufrió dolor. En los otros diagnósticos, sobre un 30% sufrió dolor y dolor fuerte. Luego en la Pregunta 11, sobre el 85% de los pacientes de todos los diagnósticos, confirma que recibió buena o muy buena información al irse de alta. A pesar de que los pacientes con Condilomas relataron sentir más dolor, al revisar la Pregunta 12, estos pacientes fueron los que menos estuvieron preocupados por el hecho de estar fuera del hospital tras la intervención (85%), seguido por Quiste Pilonidal (73%), Hemorroides (72%), Fisura Anal (71%), Fistula Perianal (69%). Con respecto a la cicatrización de la herida quirúrgica (Pregunta 13) un 38% de los pacientes intervenidos por quiste pilonidal declara que fue mala o muy mala.

Lo mencionado anteriormente contrasta con el resto de los diagnósticos, que para la reprobación de la consideración acerca de la cicatrización de la herida registra valores menores del 14%. Al consultar acerca de la atención recibida tras la operación de los profesionales sanitarios fuera del hospital (Pregunta 14), éstos valoraron sobre un 75% en buena y muy buena, obteniendo un menor valor para quiste pilonidal (75%) y un mayor valor para Fisura anal (95%) (Figura 2).

Análisis Multivariado

La Figura 3 muestra el análisis de los componentes principales (PCA) correspondiente a las 14 preguntas de la encuesta. En este caso, el PCA no permite distinguir entre los diagnósticos, lo que indicaría que los diagnósticos se comportan igual en la satisfacción usuaria del paciente de cirugía mayor ambulatoria y su seguimiento postoperatorio.

Al hacer un análisis de reducción de dimensiones a través de PCA para las variables socio demográficas clínicas y quirúrgicas en la Figura 4, se visualiza un patrón similar entre los diagnósticos, siendo el quiste pilonidal el diagnóstico que se aleja más de los otros, teniendo más relación con valores altos para seroma, dehiscencia, tiempo quirúrgico e infección de la herida postoperatoria, situación que coincide con el análisis exploratorio descriptivo univariado. Además, al igual que en el análisis, se observa que hay variabilidad en los pacientes, ya que en el primer componente se concentra en 20,1% de

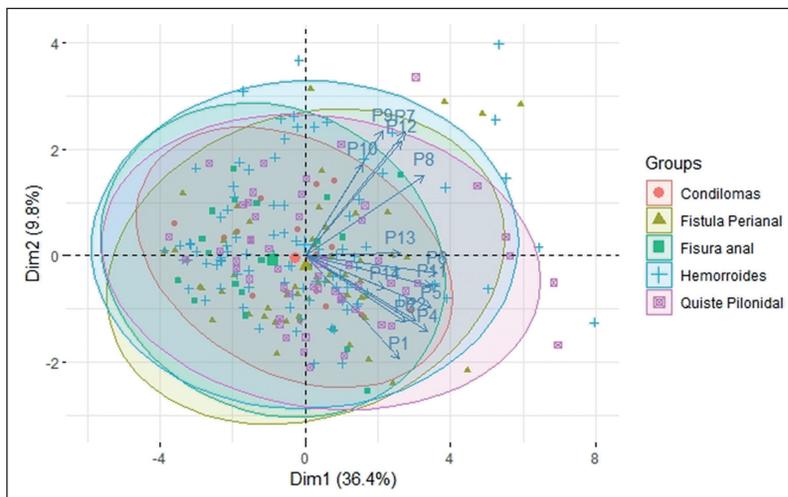


Figura 3. Análisis de los PCA correspondiente a las 14 preguntas de la encuesta.

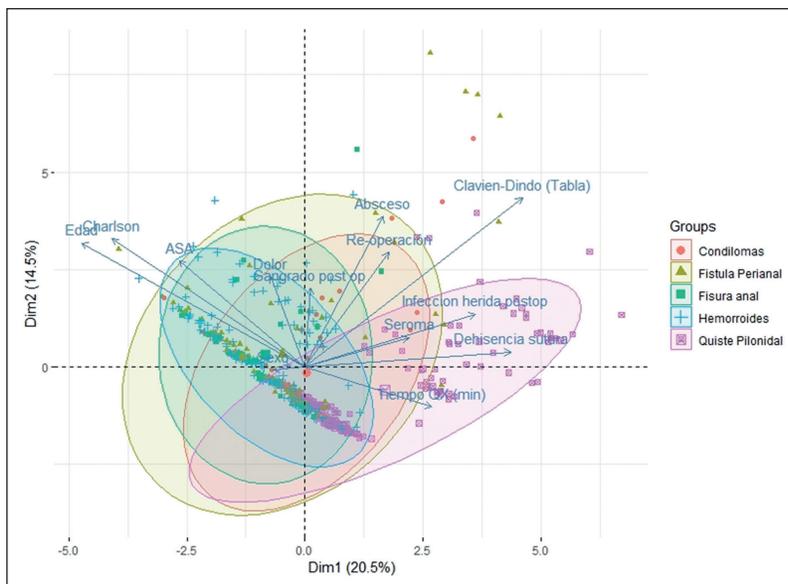


Figura 4. Análisis de reducción de dimensiones a través de PCA para las variables socio demográficas clínicas y quirúrgicas.

la variabilidad total de los diagnósticos y el segundo componente el 14,1%, resultando una variabilidad observable de 34,2%.

Discusión

La CMA se utiliza como estrategia sanitaria a nivel mundial desde hace décadas, esto ha significado un importante avance, logrando evitar hospitalizaciones, con resultados costo-efectivos favorables a todo nivel. La cirugía proctológica es una área en la

que se realiza en nuestro hospital desde hace más de una década, permitiendo disminuir los días cama, los costos asociados y las listas de espera¹⁻⁴.

La satisfacción de nuestros pacientes es crucial para continuar desarrollando esta actividad. La estancia hospitalaria abreviada, la calidad de las instalaciones, la atención de los profesionales de la salud, las complicaciones que pudiesen tener y sus consecuencias determinan la percepción que tienen los pacientes de esta modalidad, razón por lo cual nos parece fundamental conocer esta realidad⁹⁻¹³.

Con respecto a los resultados quirúrgicos obtenidos en nuestro estudio, se logra constatar que para variables sociodemográficas se obtienen diferencias estadísticamente significativas, acorde al tipo de patología, y para variables quirúrgicas se observa que la enfermedad pilonidal cursa con mayores tiempos de cirugía, anestesia, así como más complicaciones y re-hospitalizaciones. Esto se manifiesta, claramente, en el análisis multivariado, donde se objetiva una clara diferencia con las otras patologías. Se debe considerar que la complejidad de esta enfermedad puede ser muy disímil, abordando desde resecciones simples hasta colgajos complejos, lo que puede confundir el análisis cuantitativo. Sin embargo, al aplicar el mismo análisis a la encuesta de satisfacción no se objetivan diferencias claras, a pesar de las diferencias quirúrgicas entre patologías. Del análisis podemos notar que las diferencias en términos de tiempos quirúrgicos, complicaciones y re-hospitalizaciones, no necesariamente afectan la percepción que los pacientes tienen de la CMA, ya que ésta depende de otros factores y no solo de los resultados quirúrgicos. No se cuenta con resultados de patología proctológica bajo esta modalidad a nivel nacional, hay publicadas pocas experiencias en CMA^{10,14}. Una de las limitaciones de nuestro estudio es la diferencia temporal de las cirugías, ya que hubo pacientes encuestados 7 años después de la cirugía y el análisis no discrimina entre pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos previamente, lo que

es relevante ya que éstos tienen otros parámetros y pueden compararse con sus experiencias personales a diferencia de quienes no los tuvieron.

Conclusión

La cirugía mayor ambulatoria es una estrategia importante para muchos procedimientos y cirugías. En cirugía proctológica realizada en nuestro hospital, bajo esta modalidad, se obtuvieron resultados clínico-quirúrgicos aceptables y acorde a lo descrito en la literatura internacional¹⁵⁻¹⁷, con resultados claramente diferenciables para la enfermedad pilonidal comparativamente con las demás enfermedades. Con respecto a la satisfacción usuaria, ésta fue positiva en la mayoría de las preguntas con altos porcentajes y sin una clara distinción por patologías. Por lo tanto, creemos que la CMA es recomendable en patología proctológica tanto por sus resultados, como por la satisfacción que genera en los pacientes. En cuanto a la enfermedad pilonidal, sugerimos seleccionar a los pacientes considerando la severidad de la patología para ser resueltos por CMA.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que en este manuscrito no se han realizado experimentos en seres humanos ni animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación: Ninguna.

Conflictos de interés: Ninguno.

Este estudio fue aprobado por el Comité Ético y Científico del Servicio de Salud de Concepción (Código CEC-SSC: 21-06-35).

Bibliografía

- Cruz J, Cinta L, García D, Rojas J, Perez Y. Cirugía mayor ambulatoria y de corta estancia en el tratamiento del paciente con hernia abdominal externa. *Rev Haban Cien Méd.* 2014;13:893-901.
- Brattwall M, Warrén M, Rawal N, Segerdahl M, Jakobsson J, Houltz E. Patients' assessment of 4-week recovery after ambulatory surgery. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2011; 55:92-8. doi: 10.1111/j.1399-6576.2010.02322.x.
- Castellanos-Olivares A. Complicaciones más frecuentes en cirugía ambulatoria. *Revista Mexicana de Anestesiología.* 2009; 32:S142-S145.
- Hernández-Avedaño V, Jiménez-López M, Salazar-Lozano CR. Major ambulatory surgery: a real option. A cost-benefit analysis on a second level hospital. *Rev Esp Med Quir.* 2017;22:95-103.
- Suskind AM, Zhang Y, Dunn RL, Hollingsworth JM, Strobe SA, Hollenbeck BK. Understanding the diffusion of ambulatory surgery centers. *Surg Innov.* 2015;22:257-65. doi: 10.1177/1553350614546004.

6. Hollenbeck BK, Dunn RL, Suskind AM, Strobe SA, Zhang Y, Hollingsworth JM. Ambulatory Surgery Centers and Their Intended Effects on Outpatient Surgery. *Health Serv Res.* 2015;50:1491-507. doi: 10.1111/1475-6773.12278
7. Lugo S, Nuñez C, Diaz J, C Jairo. Seguimiento de pacientes en estado postoperatorio de cirugías ambulatorias a través de la Web. *Revista Salud Uninorte Salud, Barranquilla* 2013;29(3).
8. Kumar G, Stendall C, Mistry R, Gurusamy K, Walker D. A comparison of total intravenous anaesthesia using propofol with sevoflurane or desflurane in ambulatory surgery: systematic review and meta-analysis. *Anaesthesia* 2014;69:1138-50. doi: 10.1111/anae.12713.
9. Housman M, Al-Amin M. Dynamics of ambulatory surgery centers and hospitals market entry. *Health Serv Manage Res.* 2013;26:54-64. doi: 10.1177/0951484813502007.
10. Nazar C, Zamora M, González A. Cirugía ambulatoria: selección de pacientes y procedimientos quirúrgicos. *Rev Chil Cir.* 2015;67:207-13.
11. Gaucher S, Boutron I, Marchand-Maillet F, Baron G, Douard R, Béthoux JP; AMBUPROG Group Investigators. Assessment of a Standardized Pre-Operative Telephone Checklist Designed to Avoid Late Cancellation of Ambulatory Surgery: The AMBUPROG Multicenter Randomized Controlled Trial. *PLoS One.* 2016;11:e0147194. doi: 10.1371/journal.pone.0147194.
12. García F, Pancorbo P, Rodríguez M, Rodríguez M, Alcázar M, Pereira F. Construcción y validación de un cuestionario para valorar la satisfacción de los usuarios de cirugía mayor ambulatoria. *Enfermería Clínica* 2001;11:146-54.
13. Bretones C, Sánchez JE. Construcción y validación de una encuesta de satisfacción de usuarios de atención primaria. *Aten Primaria* 1989;6:312-6.
14. Anzieta J, Arancibia I, Fierro C, Caro M, Encalada C, Sagredo Y, et al. Experiencia preliminar en cirugías ambulatorias en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Clínico Regional de Valdivia. *Cuad Cir.* 2003;17: 11-7.
15. Vinson-Bonnet B, Higuero T, Faucheron JL, Senejoux A, Pigot F, Siproudhis L. Ambulatory haemorrhoidal surgery: systematic literature review and qualitative analysis. *Int J Colorectal Dis.* 2015;30:437-45.
16. Qiu JM, Yang GG, Wang HT, Fu C, Wang D, Mei T. Feasibility of ambulatory surgery for anal fistula with LIFT procedure. *BMC Gastroenterol.* 2019;19:81.
17. Gupta PJ. Ambulatory proctology surgery an Indian experience. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2006;10:257-62. doi: 10.1186/s12876-019-0997-x.