

Resultados de la cirugía ginecológica de la unidad de cirugía mayor ambulatoria de un hospital comarcal

Results of gynecological surgery and perceived quality of a major outpatient surgery unit in a regional hospital

Autores: Rosa María Díaz Vizcaya (1); Helia Mariño Méndez (2); Elia García Diéguez (3); Sandra González Pérez (4); Carla Varela Ponte (5); Gerardo Palmeiro Fernández (6)

Categoría profesional y lugar de trabajo: (1) Enfermera de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Hospital Público de Valdeorras (Ourense); (2) Médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Álvaro Cunqueiro (Pontevedra); (3) Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Hospital Público de Valdeorras (Ourense); (4) Supervisora de Área Quirúrgica. Hospital Público de Valdeorras (Ourense); (5) Médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital de Barbanza (A Coruña); (6) Médico de Familia. Centro de Salud de Rubiá (Ourense, España).

Dirección de contacto: rosamaria.diaz.vizcaya@sergas.es

Fecha recepción: 22/01/2021

Aceptado para su publicación: 10/06/2021

Fecha de la versión definitiva: 23/06/2021

Resumen

Objetivo. Describir los resultados de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Servicio de Ginecología del Hospital Público Valdeorras. **Material y métodos.** Estudio descriptivo, prospectivo y analítico realizado desde mayo/2017-mayo/2019. La captación de pacientes se realizaba en las consultas de Ginecología según el protocolo de inclusión. El día de la intervención se procedía al protocolo de acogida del servicio, la cirugía con o sin anestesia, y los controles de valoración post operatoria. La paciente además recibía una encuesta de satisfacción anónima y voluntaria. **Resultados.** Registramos 302 pacientes, de 52 años de edad media. El índice de cancelación fue 2,32%, de ambulatorización 54,31%. Identificamos 6 pernотas no planificadas y 1 reingreso de una complicación mayor. La intervención más realizada fue histeroscopia diagnóstica, 85.16% sin anestesia y 30,22 % con polipectomía asociada. La analgesia post quirúrgica fue más necesaria en mujeres jóvenes y en intervenciones más largas. El tiempo quirúrgico medio fue de 19,7 minutos, aumentando en caso de sedación, anestesia regional o general. El tiempo medio de estancia total fue de 161,1 minutos. En su duración, las variables más influyentes eran la anestesia regional con sedación y la anestesia general ($F=91,6$; $p<0,001$; $R^2=0,924$). El 20,2% contestaron una encuesta de satisfacción y 94,7 % estaban satisfechas. **Discusión.** Nuestros resultados fueron similares a otros estudios. Los factores que más influyen en la estancia total fueron la anestesia regional más sedación y la anestesia general. El grado de satisfacción fue muy elevado.

Palabras clave

Cirugía Ambulatoria; Complicaciones Postoperatorias; Satisfacción del Paciente; Ginecología; Calidad.

Abstract

Objective. To describe the results of the Outpatient Major Surgery Unit of the Gynecology Service of the Valdeorras Public Hospital. **Methods.** Descriptive, prospective and analytical study carried out from May/2017-May/2019. Recruitment of patients was carried out in gynecology consultations according to the inclusion protocol. On the day of the intervention, we proceeded with the reception protocol in Outpatient Major Surgery with or without anesthesia, and post-operative care. The patient also received an anonymous and voluntary satisfaction survey. **Results.** We registered 302 patients, 52 years of average age. The cancellation rate was 2,32%, outpatient 54,31%. We identified 6 unplanned overnight stays and 1 re-entry of a major complication. The most performed intervention was diagnostic hysteroscopy, 85,16% without anesthesia and 30,22% with associated polypectomy. Post-surgical analgesia was more necessary in young women and in longer interventions. The average surgical time was 19,7 minutes, increasing in the case of sedation, regional or general anesthesia. The average total stay time in CMA was 161,1 minutes. In its duration, the most influential variables were regional anesthesia with sedation and general anesthesia ($F = 91,6$; $p < 0,001$; $R^2 = 0,924$). The 20,2% of patients answered a satisfaction survey and 94,7% were satisfied. **Discussion.** Our results were similar to other studies. The most influential factors in the total stay were regional anesthesia plus sedation and general anesthesia. The degree of satisfaction was very high.

Keywords

Ambulatory Surgery; Postoperative Complications; Patient Satisfaction; Gynecology; Quality.

INTRODUCCIÓN

El término "cirugía ambulatoria", se refiere a la práctica de ingresar en el hospital el día de la cirugía a pacientes seleccionados y preparados para un procedimiento quirúrgico planificado y que su alta sea en las horas posteriores (1).

Aunque la primera mención de cirugía ambulatoria hace referencia al cirujano pediátrico Nicoll en Escocia (1909) (2), fue en Estados Unidos (EEUU) donde se creó, en el año 1961, la primera unidad de cirugía mayor ambulatoria (CMA) adscrita a un hospital (Butterworth Hospital, Michigan). En 1968 se inauguró la primera CMA independiente (Providence, Rhode Island) siendo mayoritarias las intervenciones ginecológicas (3). La primera Unidad CMA autónoma en España inició su actividad en 1990 en el Hospital de Viladecans (4).

La CMA sirve para acortar las Listas de Espera Quirúrgica (LEQ) y el costo hospitalario por paciente (4-6) al disminuir las estancias hospitalarias (7,8), así como para mejorar la calidad de vida del paciente dada la menor alteración de su vida cotidiana y la de sus familiares (9).

Los avances en técnicas anestésicas, control del dolor y cirugías mínimamente invasivas, han permitido que la CMA pueda describirse como una técnica de alta calidad, segura y costo-efectiva, con altas tasas de satisfacción entre los pacientes (5,10).

Muchas intervenciones ginecológicas reúnen las condiciones necesarias para efectuarse en un programa de CMA (6). La vulva, vagina y cuello uterino son de fácil acceso, además, algunas de estas zonas tienen escasa sensibilidad y, al no disponer de grandes masas musculares, su manipulación quirúrgica y postoperatorio son poco dolorosos. Se puede llegar a los genitales internos con técnicas mínimamente invasivas (laparoscopia, histeroscopia) ideales para CMA (11). Clásicamente se incluyen según la clasificación de Davis intervenciones que pueden realizarse con anestesia local, regional, general o con sedación y que requieren cuidados postoperatorios específicos, pero no intensivos ni prolongados y la analgesia, si hace falta, es de tipo oral (12). Sin embargo, en hospitales con recursos humanos y logísticos más limitados, se incluyen además intervenciones menores que podrían practicarse con anestesia local o sin anestesia y no requieren ningún cuidado especial en el postoperatorio (11,13).

El principal criterio quirúrgico de inclusión en CMA es la duración de la intervención, que no debe superar 1 hora bajo anestesia general; aunque podría ampliar-

se si la cirugía es mínimamente invasiva o cuando se utilizan otras técnicas anestésicas, pero hay que tener en cuenta que el traumatismo tisular de intervenciones largas hace difícil que la paciente pueda reunir los criterios requeridos para el alta precoz (6).

La selección de pacientes para ser intervenidos debe hacerse según criterios establecidos médicos, quirúrgicos y sociales: tipo de enfermedad quirúrgica, factores sociales (vivienda adecuada, distancia al hospital, teléfono, acompañante), factores psicológicos (estabilidad emocional, aceptación voluntaria, comprensión de las indicaciones) y el estado general con valoración de enfermedades asociadas (1,13).

La CMA de nuestro hospital es de tipo "autónomo, integrada en el hospital" (6) y comenzó su actividad en 2007. Cumplimos con las recomendaciones de: área separada diferente de la hospitalización, enfermería exclusiva, motivación de cirujanos y anestelistas, monitorización y feedback de las pacientes. Compartimos con el hospital quirófano, personal de Anestesia y enfermería quirúrgica.

El planteamiento del presente trabajo se realiza a la vista de la escasez de investigaciones sobre la cirugía ambulatoria, especialmente en el campo de la Ginecología y en hospitales comarcales, como se puede comprobar al realizar la búsqueda bibliográfica. Asimismo, no hemos encontrado ningún estudio en hospital comarcal que incluya encuesta de satisfacción. La necesidad de llevar a cabo este estudio atiende a cubrir estas carencias de información y se justifica por la importancia del beneficio que se puede obtener de la realización de cirugía sin ingreso; especialmente el impacto económico para el sistema de salud (abaratamiento de costes) y la repercusión menos negativa sobre la vida de las pacientes, al provocar menos cambios en su vida cotidiana.

Objetivos

Objetivo general

Describir los resultados de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) del Servicio de Ginecología del Hospital Público Valdeorras (HPV).

Objetivos específicos

1. Describir las características demográficas de la muestra.
2. Medir el índice de cancelaciones.
3. Medir el índice de ambulatorización.

4. Medir el índice de pernoctas no planificadas.
5. Medir el índice de reingresos.
6. Describir procedimientos quirúrgicos, tipos de anestesia y tiempos según procedimiento y anestesia.
7. Medir el número de complicaciones.
8. Comparar los tiempos de estancia de las pacientes según el tipo de anestesia empleado.
9. Analizar los factores influyentes en la necesidad de analgesia postoperatoria.
10. Analizar los tiempos operatorios según el procedimiento realizado y el tipo de anestesia.
11. Valorar los factores influyentes en el tiempo de estancia total en CMA.
12. Medir el grado de satisfacción global percibido por las pacientes e identificar posibles variables influyentes en el mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio prospectivo, descriptivo y analítico de pacientes sometidas a cirugía ginecológica mediante CMA en el Servicio de Ginecología del Hospital Público Valdeorras (HPV), sito en Ourense, de forma consecutiva.

Durante el período de estudio comprendido entre mayo/2017 hasta mayo/2019, se procedió a un muestreo no probabilístico consecutivo, seleccionando *a priori* a todas las pacientes que acudían a consulta de Ginecología.

El proceso de captación de las pacientes estaba regido por un protocolo propio que comenzaba en la consulta de Ginecología. Cuando el facultativo llegaba a un diagnóstico de patología ginecológica con tratamiento mediante cirugía mayor o menor incluida en la Cartera de Servicios de la UCMA, explicaba a la paciente el procedimiento y requisitos del protocolo de "Admisión de CMA" que se refieren a "domicilio y asistencia" y "patología asociada". Cualquier respuesta "no" del apartado "domicilio y asistencia" o cualquier respuesta "si" del apartado "patología asociada" excluía la posibilidad de CMA. En ese caso pasaba a "Cirugía con Ingreso".

Si la paciente cumplía y aceptaba continuar el procedimiento de CMA firmaba los consentimientos informados de la intervención quirúrgica y CMA.

El especialista cubría el protocolo de inclusión en lista de espera quirúrgica, y la paciente realizaba los estu-

dios preoperatorios y la consulta con Anestesia cuando eran requeridos. Algunas pacientes eran rechazadas por Anestesia, pasando a "Cirugía con Ingreso".

El día de la intervención la paciente era recibida por el personal de enfermería de la CMA según el protocolo de acogida, rellenando la ficha de valoración preoperatoria. Ningún caso recibió profilaxis antibiótica.

Se procedía a la intervención quirúrgica con anestesia general, regional, sedación, local o sin anestesia según el procedimiento.

Terminada la intervención la paciente regresaba a la CMA donde el equipo de enfermería realizaba los controles según la ficha de valoración postoperatoria (criterios de Chung modificados) (8) (**Anexo 1**). En los casos de cirugía laparoscópica se pautaba analgesia i.v. con metamizol, paracetamol o dexketoprofeno. En las demás cirugías se administraba analgesia a petición de la paciente. Finalmente, el cirujano realizaba el alta y la enfermera le entregaba el impreso de recomendaciones postoperatorias, así como la cita para revisión en consulta.

En casos de complicaciones anestésicas, intraoperatorias o postoperatorias el anestesista o cirujano podían decidir el ingreso de la paciente.

Al alta, la enfermera entregaba a cada paciente una encuesta de satisfacción anónima y voluntaria (**Anexo 2**). Dicha encuesta fue elaborada por el equipo investigador y previamente pilotada en un grupo de 15 pacientes, lo cual confirmó su adecuada comprensión e idoneidad. Se preguntaba por la puntuación desde 1 (nada satisfecha) hasta 5 (totalmente satisfecha) sobre "grado de satisfacción de la CMA", "información en consultas externas", "trato recibido", "tiempo de espera en la Unidad", "instalaciones", e "información postoperatoria". También se les preguntaba sobre "si volvería a elegir esta modalidad de cirugía" y si "recomendaría a una amiga o familiar dicha modalidad" con las respuestas, "si", "no", "indiferente". Después de rellenarla en su domicilio, las pacientes las devolvían a un buzón de la CMA. La enfermera las recogía al final de cada semana.

Dado que todas las pacientes se citaban en la consulta de Ginecología en un mes, se controlaban de forma fiable las variables de mortalidad y complicaciones.

Los datos clínicos eran recogidos prospectivamente en una plantilla Excel diseñada para tal fin y volcados y analizados posteriormente con los paquetes estadísticos IBM SPSS Statistics® versión 25.0 y Epidat 4.2®.

Las variables, índices y tiempos estudiados fueron los siguientes:

- Edad, distancia al hospital en Km calculado según la aplicación Google Maps®, tiempo en minutos en automóvil desde el lugar de residencia hasta el hospital según Google Maps®.
- Tipo de anestesia: regional, general, sedación, local, sin anestesia.
- Mortalidad en el primer mes post-intervención.
- Número de complicaciones, definidas como (13):
 - Complicación mayor: aquella que ocasiona muerte o incapacidad residual al alta hospitalaria o que requiere nueva intervención quirúrgica.
 - Complicación menor: respuesta adversa con mínimo potencial para producir un daño grave.

Existen indicadores estandarizados que permiten medir la calidad de la actividad de una UCMA (1,6,14) y compararla con otros centros, tales como:

- **Índice de cancelaciones:** porcentaje de intervenciones no realizadas el día de la citación, por causas institucionales (error de programación, falta de instrumental, preparación incorrecta), causas atribuidas a la paciente (rechazo intervención) y causas médicas (incumplimiento de criterios ginecológicos o anestésicos, enfermedad intercurrente).
- **Índice de pernoctas no planificadas:** porcentaje de pacientes que requieren ingreso hospitalario no planificado desde CMA.
- **Número de reingresos hospitalarios:** pacientes que tras el alta hospitalaria, ingresan en el hospital por alguna complicación.
- **Índice de ambulatorización:** porcentaje de intervenciones realizadas en CMA respecto al total de intervenciones practicadas con hospitalización convencional más las realizadas en CMA.
- **Tiempo de intervención en minutos,** contado desde el inicio de la intervención al final.
- **Tiempo estancia CMA postcirugía,** contado desde que la paciente llega de quirófano hasta el alta.
- **Tiempo estancia total en CMA,** contado desde que la paciente llega a CMA hasta el alta.

Las variables cuantitativas se describieron como media y desviación estándar o mediana, y las cualitativas como porcentajes. Se determinaron los in-

tervalos de confianza del 95%. Se utilizaron en el análisis las pruebas z de comparación de proporciones, «t» de Student o U de Mann Whitney de comparación de medias, ANOVA, Chi cuadrado de Pearson, correlación lineal y *Tau* de Kendall, según sea necesario. El grado de significación estadística que se consideró fue $p < 0,05$.

Se desarrolló el trabajo con la aprobación previa del Comité de Ética e Investigación de Galicia, expediente 2017/271.

RESULTADOS

No hubo rechazo a participar. Aceptaron el estudio 302 mujeres con una edad media de $52,0 \pm 13,5$ años. La distribución por edad se detalla en la **Tabla 1**. Un 47,5% (N=143) procedía del propio municipio del HPV.

Intervalos de edad (años)	N=302
1 a 20	3
21 a 40	48
41 a 60	176
61 a 80	70
81 o más	5

Tabla 1. Distribución por edad.

El promedio de distancia al HPV fue $14,1 \pm 16,8$ km. El tiempo hasta el HPV fue de $17,4 \pm 16,8$ minutos. A mayor edad mayor distancia hasta el HPV ($\rho = 0,115$; $p = 0,045$) y consecuentemente mayor tardanza en llegar ($\rho = 0,126$; $p = 0,029$).

- **Índice de cancelaciones:** se registraron 7 casos (2,32%), 4 por no comparecencia de la paciente, 2 por mala preparación y 1 por enfermedad aguda intercurrente.
- **Índice de ambulatorización:** 54,31% (302/556). En el mismo período se registraron 254 intervenciones con ingreso y 302 vía CMA (total 556).
- **Índice de pernoctas no planificadas:** 6 (1,99%), 2 por complicaciones menores y 4 por no cumplimiento de los criterios de alta.
- **Reingresos:** 1 (0,33%) por un hematoma vulvar después de ninfoplastia.

Los procedimientos quirúrgicos y tiempos según procedimiento se detallan en la **Tabla 2**.

Procedimientos quirúrgicos:	N (%)	Duración intervención	Tiempo estancia CMA postcirugía	Estancia total en CMA
		Media ± DE	Media ± DE	Media ± DE
Histeroscopia diagnóstica	182 (60,3%)	14,5 ± 9,3	39,4 ± 14,6	103,1 ± 65,0
Histeroscopia quirúrgica	46 (15,2%)	35,5 ± 25,7	319,0 ± 58,8	360,6 ± 82,5
Conización	11 (3,6%)	15,0 ± 5,7	340,7 ± 94,5	304,5 ± 122,3
Laparoscopia (Diagnóstica + Ligadura tubárica)	10 (3,3%)	47,4 ± 16,5	215,0 ± No disponible	396,0 ± 65,9
Cirugía de Bartolino	3 (1,0%)	17,0 ± 1,4	No disponible	102,5 ± 38,9
Legrado	4 (1,3%)	16,7 ± 9,1	No disponible	275,0 ± 103,3
Exéresis tumor vulvar	5 (1,7%)	16,0 ± 5,7	25,0 ± No disponible	105,0 ± 63,0
Biopsia vulvar	28 (9,3%)	13,7 ± 9,0	17,5 ± 3,5	78,4 ± 55,7
Otras	19 (6,3%)	28,1 ± 18,6	38,3 ± 7,6	162,9 ± 119,8

Tabla 2. Procedimientos quirúrgicos y tiempos (en minutos).

De las 182 histeroscopias diagnósticas se realizaron sin anestesia 155 (85,16%), con anestesia local 3 (1,65%), con sedación 16 (8,79%) y con anestesia regional 8 (4,40%). Se acompañaron de polipec-

tomía histeroscópica 55 (30,22%) de las cuales 45 (81,82%) se realizaron sin anestesia.

Los tipos de anestesia y los tiempos según tipo de anestesia se describen en la **Tabla 3**.

Tipos de anestesia	N (%)	Duración intervención	Tiempo estancia CMA postcirugía	Estancia total en CMA
		Media ± DE	Media ± DE	Media ± DE
Sin anestesia	157 (53,2%)	14,2 ± 9,2	38,6 ± 15,6	87,4 ± 36,1
Sedación	49 (16,6%)	26,0 ± 24,4	351,8 ± 80,3	331,6 ± 98,9
Sedación + local	71 (24,1%)	17,3 ± 13,0	103,4 ± 146,1	125,4 ± 91,2
Anestesia Local	60 (20,3%)	18,5 ± 14,0	103,4 ± 146,1	115,0 ± 98,6
Anestesia Regional	53 (18,0%)	32,0 ± 24,5	342,3 ± 61,4	366,2 ± 74,9
Anest. Regional+Sedación	70 (23,7%)	27,4 ± 22,8	335,8 ± 78,1	338,1 ± 95,2
Anestesia General	16 (5,4%)	38,4 ± 20,5	257,5 ± 60,1	382,8 ± 77,9

Tabla 3. Tipos de anestesia y tiempos (en minutos).

A mayor edad más histeroscopias diagnósticas ($U=9373,0$; $p<0,04$), más biopsias vulvares ($U=1917,5$; $p<0,001$), menos conizaciones ($U=810,0$; $p=0,005$), menos ligaduras tubáricas ($U=351,0$; $p<0,001$) y menos cirugías de Bartholino ($U=57,0$; $p<0,05$).

Se precisó analgesia postoperatoria en mujeres más jóvenes ($U=6314,5$; $p=0,003$) y en caso de mayor duración de la intervención ($U=3773,5$; $p<0,001$).

En el grupo de histeroscopias diagnósticas, no se hallaron relaciones significativas de la edad con la duración de la intervención ni la necesidad de analgesia.

No hubo ninguna muerte. Las 12 complicaciones menores (4,1%) registradas eran más frecuentes en jóvenes ($U=1090$; $p<0,04$) y fueron 8 reacciones vasovagales, 3 pacientes con dolor y una con vómitos, de las cuales 2 precisaron ingreso inmediato (una por vómitos incoercibles y otra por dolor mal controlado) ($X^2=13,4$; $p=0,02$). Una paciente tuvo una complicación mayor (0,3%) que precisó ingreso diferido. Se trataba de una paciente con hematoma vulvar post-ninfoplastia que requirió drenaje y nueva sutura bajo anestesia. Otras 4 pacientes requirieron ingreso inmediato por no cumplimiento de los criterios de alta (criterios de Chung modificados) (8).

La duración promedio de las intervenciones practicadas fue de $19,7 \pm 16,9$ minutos, menor en caso de histeroscopia diagnóstica ($U=4784,5$; $p < 0,001$), biopsia vulvar ($U=2325,0$; $p < 0,05$) y mayor en caso de histeroscopia quirúrgica ($U=1896,0$; $p < 0,001$) y de ligadura tubárica ($U=128,5$; $p < 0,001$). Así mismo, aumentaba en caso de sedación ($U=3797,0$; $p < 0,02$), anestesia regional ($U=2509,0$; $p < 0,001$) y general ($U=705,5$; $p < 0,001$).

El tiempo promedio de estancia total en CMA fue de $160,1 \pm 129,9$ minutos. Se correlacionaba negativamente con la edad ($\rho = -0,176$; $p = 0,002$) y positivamente con la duración de la intervención ($\rho = 0,503$; $p < 0,001$).

En el análisis bivalente, el tiempo de estancia total en CMA aumenta en caso de histeroscopia diagnóstica ($U=5477,5$; $p < 0,001$), histeroscopia quirúrgica ($U=730,5$; $p < 0,001$), conización ($U=595,5$; $p < 0,001$), ligadura tubárica laparoscópica ($U=246,5$; $p < 0,001$), laparoscopia diagnóstica más ligadura tubárica ($U=245,5$; $p < 0,001$), biopsia vulvar ($U=1899,5$; $p < 0,001$). Asimismo, era mayor en caso de sedación ($U=114,5$; $p < 0,001$), o de cualquier tipo de anestesia (local, regional y/o general) ($U=4492,0$; $p < 0,001$). También aumentaba en caso de precisar analgesia postoperatoria ($U=2246,0$; $p < 0,001$).

Para determinar qué factores influían más en el tiempo total de estancia en CMA se realizaron dos regresiones lineales múltiples cuyos resultados se muestran en la **Tabla 4**.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		t	Sig.	95,0% intervalo de confianza para B	
	B	Desv. Error			Límite inferior	Límite superior
(Constante)	61,667	16,374	3,766	0,002	26,292	97,041
Anestesia regional con sedación	349,333	27,400	12,750	0,000	290,140	408,526
Anestesia general	293,333	38,401	7,639	0,000	210,372	376,294

Tabla 4. Regresión lineal múltiple. Factores predictores del tiempo total de estancia en CMA. Variable dependiente: Tiempo total estancia CMA. $F = 91,6$; $p < 0,001$; $R^2 = 0,924$.

Respecto a la encuesta de satisfacción, el test piloto (15 pacientes, de las cuales 9 entregaron la encuesta) arrojó un buen índice de fiabilidad (α de Cronbach de 0,73). Respondió un 20,2% de la muestra (61 mujeres). El índice de fiabilidad global de la encuesta era aceptable ($\alpha = 0,67$) si se eliminaban ítems poco discriminantes ("si volvería", "si recomendaría", "si recibió información en Consultas Externas" y si "recibió información al alta"). Un 94,7% de las mujeres que contestaron afirmó estar moderadamente, muy o totalmente satisfechas con el trato dispensado en CMA, con idéntico porcentaje en su valoración global de la unidad. Un 98,4% volvería a ingresar en CMA si fuera necesario, y un 96,7% recomendaba la Unidad. Un 93,4% había recibido información adecuada en Consultas Externas. Un 78,4% estaban muy o totalmente satisfechas con el tiempo de espera en la Unidad, y solo un 1,7% mostraba su

insatisfacción. Un 80% indicaba su agrado con las instalaciones. Solo una mujer (1,6%) relataba no haber recibido información al alta.

En el análisis de correlación, bivariado, el grado de satisfacción global se relacionaba con mayor probabilidad de recomendar la Unidad de CMA ($H = 14,178$; $p = 0,001$), y se relacionaba significativamente con haber recibido información en Consultas Externas ($H = 9,372$; $p < 0,01$), el buen trato recibido ($\tau = 0,359$; $p = 0,004$), la adecuación del tiempo de espera en CMA ($\tau = 0,351$; $p = 0,003$) y de las instalaciones ($\tau = 0,266$; $p = 0,028$).

Una regresión lineal múltiple identificó la información previa recibida en Consultas Externas y la adecuación del tiempo de espera como las variables más influyentes en el grado de satisfacción global percibido por nuestras pacientes (**Tabla 5**).

	Coeficientes no estandarizados		t	Sig.	95,0% intervalo de confianza para B	
	B	Desv. Error			Límite inferior	Límite superior
(Constante)	2,907	0,340	8,544	0,000	2,225	3,589
Información de Consultas externas	0,851	0,238	3,568	0,001	0,373	1,329
Tiempo de espera	0,198	0,059	3,356	0,001	0,080	0,317

Tabla 5. Regresión lineal múltiple. Factores predictores del grado de satisfacción global percibido. Variable dependiente Grado de satisfacción. $F= 11,503$, $p<0,0001$. $R^2= 0,27$.

DISCUSIÓN

En la búsqueda bibliográfica no encontramos muchos trabajos similares al nuestro y menos si la restringimos a hospitales comarcales. Ninguno de ellos con encuesta de satisfacción.

Nuestra muestra tiene un número limitado de casos comparado con otros estudios(6,13,15) pero superior al de otro comarcal (Jaca) (16). El HPV atiende un área sanitaria de 37000 habitantes del oriente orensano. A pesar de la gran dispersión de la población, casi la mitad de la muestra provenía del municipio del hospital.

La edad media de nuestras pacientes es igual al estudio de Torres y algo superior al publicado por Aranaz con CMA de diversas especialidades (9,17). Más de la mitad de nuestras pacientes se concentran en el intervalo de edad de 41-60 años y el 25% eran >60 años. Coincidimos con otros autores en que la edad no constituye un factor excluyente para estos procesos (5,10).

En nuestro trabajo un factor excluyente para CMA con anestesia no local era que su domicilio estuviera a más de una hora del hospital (10). La distancia media que registramos fue de 14 km (17 minutos). Es curiosa la correlación entre a mayor edad, mayor distancia del domicilio. Es posible que en nuestra zona rural vivan las pacientes más mayores. Estos datos no los encontramos en ningún otro estudio.

Nuestro 2,32% de cancelaciones aunque bajo, resulta mayor que otros (0,1%-0,9%) (15,17) pero menor que el 14% de una revisión del Sistema Nacional de Salud de Inglaterra (NHS) (10), el 7,08% de Cortiñas (13) o el 4.1% de cancelaciones de casi 17000 cirugías publicado por Guillen (18). Una explicación para nuestras bajas cifras de suspensiones puede ser porque nos esforzamos en una adecuada selección de pacientes y una información detallada del proceso.

Nuestro índice de ambulatorización >50% es similar a otras series (6,8,19) y al de EEUU, pero inferior al de España (63,3%) y del NHS (67,6%) (10). Todas estas revisiones se refieren a cirugías que incluyen otras especialidades. Otras tampoco son comparables porque sólo analizan el índice de sustitución por procesos. Por ejemplo Tena y Cortiñas refieren un 85-90% de tasa de sustitución en las histeroscopias(13,20).

Nuestro índice de pernoctas no planificadas del 2% es inferior al reportado por Aparicio de 5,9% a expensas sobre todo de pacientes sometidas a laparoscopias quirúrgicas (16%), en comparación con un 1,03% de las histeroscopias quirúrgicas (21). Otros autores refieren índices de entre 1,15-1,60% (17,18).

Destacamos el escaso porcentaje de complicaciones, 0,3% mayores y 4,1% menores, similares a las cifras de Cortiñas, 0,82% y 2,88% respectivamente (13). Aparicio notifica 16,4% de complicaciones en laparoscopias, y en histeroscopias 0,2%-3,8% en quirúrgicas (21,22) y 0.8% en diagnósticas (21). Entre estas últimas la complicación más frecuente es la reacción vasovagal (0,7-13%) (19,20). Estas cifras junto con la baja tasa de reingresos apoyan el concepto de seguridad de CMA (5).

Sólo registramos un reingreso diferido (0,33%), porcentaje similar al 0,4%-0,5% (10,22), al 0,28-1,5% de una revisión europea (1,5) y otros en España (1,5-3,76%) (9,11,16).

El 60% de nuestras cirugías son histeroscopias diagnósticas. Desde la introducción de la histeroscopia, esta se ha incorporado a nuestro arsenal diagnóstico y terapéutico pasando a ser la principal intervención en número en CMA al igual que otros autores (20,23).

La mayoría de las histeroscopias diagnósticas se realizaron sin anestesia y el 15% con algún tipo de anestesia. Se incluyen casi un tercio de polipectomías de las cuales más del 80% se realizaron sin anestesia.

En nuestra serie el tiempo medio de histeroscopia diagnóstica fue de 14 minutos, incluyendo también las polipectomías histeroscópicas.

Para realizar una histeroscopia diagnóstica por genitorragia postmenopáusica Lee Yiang publica 3,82 minutos de media usando un histeroscopio flexible (24).

Para la histeroscopia quirúrgica nuestro tiempo medio fue de 35,5 minutos, algo superior a los 27,27 minutos de la serie del Ministerio español(6) y al rango de 5 a 22 minutos publicado en una reciente revisión (25), pero inferior al publicado por Lindheim de 45 minutos con anestesia paracervical y sedación(26). Sin embargo, algunos autores con un histeroscopio quirúrgico de 5,5 mm realizan polipectomías endometriales sin anestesia en 7-8 minutos (23,27). En nuestro hospital tampoco contamos con la tecnología más avanzada en este campo, como los miniresectores histeroscópicos y morceladores intrauterinos que han demostrado su mejor eficiencia (28).

Según el tipo de anestesia parece lógico que los tiempos operatorios más cortos son para la histeroscopia diagnóstica y biopsia de vulva. Sin embargo, los tiempos postoperatorios más altos coinciden con anestesia con sedación, regional o general.

En base a nuestros resultados, el tiempo promedio de estancia total en CMA se correlaciona positivamente con la duración de la intervención, pero es llamativo que se relacione negativamente con la edad. Podría deducirse que las mujeres más añosas tienen una mayor facilidad para la recuperación, hecho que también coincide con que precisaron más analgesia postoperatoria las mujeres más jóvenes y las sometidas a intervenciones más largas. El tiempo de estancia total en CMA también aumentaba en caso de precisar analgesia postoperatoria. Estas correlaciones no pudimos encontrarlas referenciadas en la bibliografía.

El tiempo total en CMA nos parece bastante alto sobre todo a expensas del tiempo postoperatorio. Es un punto que estudiaremos mejorar.

La anestesia regional más sedación y la anestesia general son los factores que parecen explicar el 92% de la estancia total en CMA, dato que nos puede ser de ayuda para informar a la paciente.

El grado de satisfacción expresado por las mujeres que participaron en la encuesta fue muy elevado en todas las valoraciones y estaba relacionado con las instalaciones y el buen trato recibido, pero sobre todo con la información previa recibida en la consulta y la adecuación del tiempo de espera, no pudiendo encontrar en la revisión bibliográfica referencias que refuercen este dato. Yan refiere un 99,5% de satisfacción en histeroscopias quirúrgicas (22).

La llamada telefónica estandarizada ha demostrado ser una adecuada herramienta de recogida de información postoperatoria (29). Esta mejora la hemos implantado hace pocos meses.

En el estudio piloto la tasa de respuestas a la encuesta fue del 60%, al ser contestado el test en la propia Unidad. Sin embargo, lamentamos que sólo el 20% de todas nuestras pacientes contestaran la encuesta de satisfacción. Esta se entregó a cada paciente al alta, pero para evitar posibles sesgos de atención o de obsequiosidad reconocidos por otros autores (30), la respuesta diferida en domicilio, y la posterior devolución ex profeso en el buzón de la Unidad muy probablemente influyeran en la escasa participación. Todo ello, junto con la necesaria alta anonimización también impidió el análisis del grado de satisfacción en función del motivo de ingreso y sus resultados en la Unidad.

A modo de conclusión, y en poblaciones de pacientes similares a las nuestras, nuestros resultados parecen avalar la seguridad de las cirugías practicadas por sus escasas complicaciones y reingresos. Así mismo, a pesar del escaso número de respuestas, semeja ser una modalidad bien aceptada por nuestras pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bireme- OPS-OMS. Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud. Área de Gestión del Conocimiento, Bioética e Investigación. [São Paulo]; 2014. [Acceso el 19 de junio 2021]. Descriptores en Ciencias de la Salud. Disponible en: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>.
2. Young DG, Carachi R. James H Nicoll, MB, CM Glasg, FRFPS Glasg. Legion of Honour France, father of day surgery. *Scott Med J*. 2006;51(1):48-50. doi:10.1258/RSMSMJ.51.1.48
3. Cohen DD, Dillon JB. Anesthesia for outpatient surgery. *JAMA*. 1966;196(13):1114-1116. doi:10.1001/jama.1966.03100260052015
4. Ramón C, Pelegrí D, Turón E, et al. Criterios de selección utilizados en 1.310 pacientes de cirugía mayor ambulatoria [Selection criteria used in 1,310 patients in ambulatory major surgery]. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 1993;40(4):234-237.
5. Marsh F, Kremer C, Duffy S. Delivering an effective outpatient service in gynaecology. A randomised controlled trial analysing the cost of outpatient versus daycase hysteroscopy. *BJOG*. 2004;111(3):243-248. doi:10.1111/j.1471-0528.2004.00064.x

6. Manual Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. En internet [Acceso el 19 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guiaCMA.pdf>
7. Castoro C, Bertinato L, Baccaglini U, Drace C.A., McKee M, with the collaboration of IAAS Executive Committee Members. «Day Surgery: Making it happen». World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2007.
8. Chung F. Discharge criteria-a new trend. *Can J Anaesth.* 1995 Nov;42(11):1056-8. PMID: 8590498. <https://doi.org/10.1007/bf03011083>.
9. Fernández Torres B, García Ortega C, Márquez Espinós C, Fontán Atalaya IM. Caracterización de la cirugía mayor ambulatoria en un hospital general básico [Characterization of major ambulatory surgery in a basic general hospital]. *Rev Esp Salud Publica.* 1999;73(1):71-80.
10. Alvarado Gay FJ, Vega Silva E. La cirugía ambulatoria, una opción para mejorar la calidad de la atención. Experiencia de 15 años. *Rev Especial Méd-Quirúrg.* 2006; 11(3). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47312479005>.
11. Deulofeu P, Garrido J. Posibilidades actuales y perspectivas futuras de la cirugía mayor ambulatoria en ginecología. *Jano* 2-8 de marzo 2007;1640: 28.
12. Davis JE, Sugioka K. Selecting the patient for major ambulatory surgery. *Surgical and anesthesiology evaluations.* *Surg Clin North Am.* 1987;67(4):721-732. doi:10.1016/s0039-6109(16)44282-9
13. Cortiñas M, Lobo P, Fajardo M, Recover A, Pérez A, Merlo G, Martínez L. Resultados de un programa de cirugía mayor ambulatoria en ginecología. *Prog Obstet Ginecol.* 2009; 52(4):206-14. Doi:10.1016/S0304-5013(09)24002-7
14. Moreno P. Indicadores de calidad en una unidad de CMA acreditada. *Cir May Amb* 2018; 23(2):45-109.
15. Balestena SJM, Suárez BCM, Mena CD, et al. Impacto económico y social de la cirugía mayor ambulatoria en ginecología por método de corta estancia. *Rev Ciencias Médicas.* 2014;18(2):199-209.
16. Sánchez-Beorlegui Jesús, Franco María J, Escanilla Pilar, Quintero Cristina, Franco Susana, Sanz Ana I et al. Problemas a largo plazo de un programa hospitalario de cirugía sin ingreso. *An. Fac. med.* [Internet]. 2004 Dic [citado 2021 Jun 19]; 65(4): 267-272. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832004000400009&lng=es.
17. Aranaz JM, Ivorra F, Compañ AF, et al. Efectos adversos en cirugía mayor ambulatoria [Adverse events in ambulatory surgical procedures]. *Cir Esp.* 2008;84(5):273-278. doi:10.1016/s0009-739x(08)75920-7
18. Guillén JM, Bernadó AJ, Solanas JA, Guedea ME, Villahoz ER, Díez MM. Cancelación en CMA: incidencia y causas [Cancellation in CMA: incidence and causes]. *Cir Esp.* 2012;90(7):429-433. doi:10.1016/j.ciresp.2011.05.007
19. Sobrino J, Cabadas R, Rodríguez J, Ares X, Pereira J, Blanco J. Pain during the early postoperative period in outpatient major surgery (OPMS): Determining factors. *Rev Soc Esp Dolor* 1999; 6: 175-179.
20. Tena G, Palau M, Huguet E, González C, Cararach M, Linares M. Evolución de la CMA en una Unidad de Ginecología (1991-2004). *Cir May Amb* 2007; 12 (1): 22-26.
21. Aparicio B, Cañetea P, Ortiz E, Abada A, Viñoles J. Resultados de la unidad de cirugía mayor ambulatoria ginecológica del Hospital Dr. Peset, Valencia. *Fertilidad,* nov-dic 2009; 26(6).
22. Yan L, Rong F, Gao M, et al. Complications and feasibility analysis of ambulatory surgery for gynecological diseases in China. *Medicine (Baltimore).* 2021;100(1):e23995. doi:10.1097/MD.00000000000023995
23. Alanís Fuentes J, Mancera Pantoja OA, Lara Figueroa JG. Experiencia de siete años en la práctica de la cirugía histeroscópica en el consultorio con tecnología bipolar [Operative office hysteroscopy using bipolar technology. Our experience in seven years]. *Ginecol Obstet Mex.* 2012;80(12):749-752.
24. Lee YL, Bai YS, Yin CS. Vaginoscopic hysteroscopy in management for women with postmenopausal vaginal bleeding. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2019;58(4):497-500. doi:10.1016/j.tjog.2019.05.012
25. De Silva PM, Stevenson H, Smith PP, Clark TJ. Pain and operative technologies used in office hysteroscopy: A systematic review of randomized controlled trials [published online ahead of print, 2021 Jun 2]. *J Minim Invasive Gynecol.* 2021;S1553-4650(21)00241-7. doi:10.1016/j.jmig.2021.05.018

26. Lindheim SR, Kavic S, Shulman SV, Sauer MV. Operative hysteroscopy in the office setting. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2000;7(1):65-69. doi:10.1016/s1074-3804(00)80011-0
27. Bergamo AM, Depes Dde B, Pereira AM, Santana TC, Lippi UG, Lopes RG. Hysteroscopic endometrial polypectomy: outpatient versus conventional treatment. *Einstein (Sao Paulo).* 2012;10(3):323-328. doi:10.1590/s1679-45082012000300012
28. Vitale SG, Haimovich S, Riemma G, et al. Innovations in hysteroscopic surgery: expanding the meaning of "in-office". *Minim Invasive Ther Allied Technol.* 2021;30(3):125-132. doi:10.1080/13645706.2020.1715437
29. Argente P, Alcántara MJ, Viñoles J, Santisteban A, Ramón R y Gosalbez E. Postoperative telephone follow-up in ambulatory surgery. *Cir May Amb.* 2013; 18 (3):105-112.
30. García S, Solé A, Magdalena ML, Pérez AI, Pérez A. Calidad percibida por los pacientes intervenidos en una unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Perceived quality by patients operated on in a Major Ambulatory Surgery unit. *Cir May Amb* 2020; 25(1):8-14.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, mencionar nuestro más sincero agradecimiento a todas las pacientes que participaron en este estudio, sin las cuales no existiría la Unidad de Cirugía Ambulatoria, así como la voluntad de aquellas que respondieron a nuestra encuesta de satisfacción.

En segundo lugar, le agradecemos al Dr. Sergio José González Palanca (Jefe de Servicio de Ginecología del HPV) su total implicación con este trabajo, que nació como una idea suya y que no hubiese llegado a fin sin su inestimable colaboración. Durante todo el recorrido de 3 años de trabajo fue miembro activo del equipo, coordinando y dirigiendo la investigación.

Por último, agradecer al Dr. Juan Carlos Domínguez Salgado (ginecólogo del HPV), por haber participado en el proyecto enriqueciéndolo con sus loables aportaciones.

ANEXOS

Anexo 1: Valoración para el alta en la UCMA

CRITERIOS DE CHUNG MODIFICADOS

ELEMENTO A VALORAR	PUNTUACIÓN SEGÚN OBSERVACIÓN
CONSTANTES VITALES (RESTRICCIÓN SEGÚN ESTADO BASAL)	2= Dentro del 20% del valor preoperatorio 1= Entre el 20-40% del valor preoperatorio 0= Más del 40% del valor preoperatorio
DEAMBULACIÓN	2= Marcha estable / No mareos 1= Marcha con ayuda / Mareo discreto 0= Marcha no / Mareo intenso
NÁUSEAS/VÓMITOS	2= Ausentes o Mínimos 1= Moderados 0= Intensos
DOLOR	2= Ausente o Mínimo 1= Moderado 0= Intenso
HEMORRAGIA POSTQUIRÚRGICA	2= Mínima 1= Moderada 0= Intensa
MICCIÓN	2= Normal 1= Se precisa sondaje evacuador 0= Sin micción espontánea
INGESTA DE LÍQUIDOS	2= Normal 0= No puede ingerir líquidos
<p><i>Puntuación de 12 o más= ALTA.</i> <i>Puntuación <12 o algún parámetro con 0 puntos= INGRESO.</i></p>	

Anexo 2: Encuesta de satisfacción

UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA HOSPITAL COMARCAL VALDEORRAS

PARA AYUDARNOS A MEJORAR NUESTRA ATENCIÓN, LE ROGAMOS DEDIQUE 5 MINUTOS A RESPONDER ESTE CUESTIONARIO DE FORMA TOTALMENTE ANÓNIMA. POSTERIORMENTE, DEPOSÍTELO EN EL BUZÓN QUE SE ENCUENTRA EN LA SALA DE ESPERA DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA. AGRADECEMOS SU COLABORACIÓN.

1. POR FAVOR, INDÍQUENOS SU GRADO DE SATISFACCIÓN AL HABER REALIZADO LA CIRUGÍA GINECOLÓGICA DE FORMA AMBULATORIA.

- 1- Nada satisfecha.
- 2- Poco satisfecha.
- 3- Moderadamente satisfecha.
- 4- Muy satisfecha.
- 5- Totalmente satisfecha.

2. DÍGANOS SI SE VOLVERÍA A OPERAR DE FORMA AMBULATORIA, SIEMPRE QUE SE DIESEN LAS CONDICIONES NECESARIAS PARA ELLO.

- 1- Si.
- 2- No.
- 3- Indiferente.

3. ¿ RECOMENDARÍA A UN AMIGO/A O FAMILIAR OPERARSE DE FORMA AMBULATORIA EN CASO DE DARSE LAS CONDICIONES NECESARIAS PARA ELLO?

- 1- Si.
- 2- No.
- 3- Indiferente.

4. ¿LE RESULTÓ SUFICIENTE LA INFORMACIÓN QUE RECIBIÓ EN LA CONSULTA SOBRE EL PROCEDIMIENTO?

- 1- Si.
- 2- No.
- 3- Indiferente.

5. ¿CÓMO VALORARÍA EL TRATO RECIBIDO EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA?

- 1- Nada satisfecha.
- 2- Poco satisfecha.
- 3- Moderadamente satisfecha.
- 4- Muy satisfecha.
- 5- Totalmente satisfecha.

6. ¿CÓMO VALORARÍA EL TIEMPO DE ESPERA EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA?

- 1- Nada satisfecha.
- 2- Poco satisfecha.
- 3- Moderadamente satisfecha.
- 4- Muy satisfecha.
- 5- Totalmente satisfecha.

7. ¿CÓMO VALORARÍA LAS INSTALACIONES DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA?

- 1- Nada satisfecha.
- 2- Poco satisfecha.
- 3- Moderadamente satisfecha.
- 4- Muy satisfecha.
- 5- Totalmente satisfecha.

8. ¿LE RESULTÓ SUFICIENTE LA INFORMACIÓN RECIBIDA AL ALTA?

- 1- Si.
- 2- No.
- 3- Indiferente.

9. AYÚDENOS A MEJORAR CON ALGUNA SUGERENCIA:

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Esta encuesta es de carácter voluntario y anónimo. El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.