

ORIGINAL

Recibido: Enero 2019. Aceptado: Abril 2019

## La satisfacción usuaria del paciente de cirugía mayor ambulatoria y su seguimiento posoperatorio vía telefónica en un hospital chileno

### User's satisfaction on ambulatory major surgery and telephone after surgery follow up at a chilean hospital

E. J. Mansilla Cordeiro<sup>1</sup>, G. T. Marcon Dal Sasso<sup>2</sup> y A. Daiane Schlindwein<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Enfermero. Estudiante de Magíster del Programa de Posgraduación en Enfermería de la UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, en convenio con la Universidad de Magallanes (UMAG). Punta Arenas. Chile. <sup>2</sup>Doctora en Enfermería. Profesora del Departamento de Enfermería y del Programa de Posgraduación en Enfermería. Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. <sup>3</sup>Doctora en Biotecnología y Biociencias. Profesora del Departamento de Medicina y del Programa de Posgraduación en Ciencias de la Salud. Universidad del Sur de Santa Catarina (UNISUL). Palhoça, Santa Catarina, Brasil

Autor para correspondencia: edmundomans@gmail.com

## RESUMEN

**Introducción:** Los servicios de cirugía mayor ambulatoria se han convertido en un pilar fundamental de la atención sanitaria, disminuyendo de manera eficiente las listas de espera quirúrgicas y bajando los costos intrahospitalarios. Por otro lado, la satisfacción de los pacientes, tanto en su estadía como en su posoperatorio, es uno de los objetivos principales de la calidad asistencial en enfermería.

**Objetivos:** El presente estudio tuvo como objetivo describir la satisfacción usuaria en pacientes operados de colecistectomías laparoscópicas, hernioplastias/herniorrafias y exéresis quirúrgicas que asisten en régimen de cirugía mayor ambulatoria y su satisfacción en relación con el uso del teléfono como una herramienta de seguimiento posoperatoria en el periodo de abril a septiembre de 2018 en el Hospital Clínico Magallanes, Punta Arenas, Chile.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional, prospectivo y de corte transversal. Participaron 94 pacientes, utilizando los instrumentos SUCMA14 y TeSS.

**Resultados:** Desde de los principales resultados se observó que el grado de satisfacción usuaria fue bueno y muy bueno.

**Conclusiones:** Destacan como los principales puntos de discusión: el manejo del dolor como un reto actual a enfrentar, la facilidad de los pacientes para comunicarse con un equipo de telesalud y el número de llamadas de control por parte del personal de enfermería. Por otra parte, podemos concluir que el uso del teléfono para el seguimiento del usuario, si bien cumple la función planteada y para la paciente resulta práctico, tiene la limitante de no poder valorar minuciosamente al mismo, reduciéndose solamente a los síntomas.

*Palabras clave:* Procedimientos quirúrgicos ambulatorios, satisfacción del paciente, monitoreo ambulatorio, telenfermería.

## ABSTRACT

**Introduction:** During recent years Ambulatory Surgery departments, have a priority role on public health, by decreasing in an efficient way surgical waiting list and lowering hospital's cost. In the other hand, patient's satisfaction along their stay and post operative follow up, is one of the main goals of nurse's assistance quality.

**Objectives:** Main objective of the present study is to describe user's satisfaction on surgical patients of cholecystectomy, hernioplasty/herniorrhaphy and surgical exeresis held at an ambulatory surgery mode and their satisfaction with telephone as a tool for patients post surgery follow up between April – September 2018, held at Hospital Clinic of Magallanes, Punta Arenas, Chile.

**Material and method:** Observational, prospective and cross-sectional study. 94 patients were included, using satisfaction tools SUCMA 14 and TeSS.

**Results:** Final results are that a good and very good satisfaction degree can be observed among users.

**Conclusions:** Main discussion points are related to pain management, the facility for patients to communicate with the health team, which must have a proper training and must be informed about each patient data, and the number of follow up phone calls performed by nurses. We can conclude that phone calls as a tool for post surgical follow up fulfils its function and is useful for patients, has as limitations that patient can not be seen at the moment, so final information is about what patients refers about itself.

*Keywords: Ambulatory surgical procedures, patient satisfaction, telemonitoring, telenursing.*

## INTRODUCCIÓN

Las unidades de Cirugía mayor ambulatoria (CMA) se han convertido en un pilar fundamental de la atención sanitaria, disminuyendo de manera eficiente las listas de espera y bajando los costos intrahospitalarios. La CMA se define como aquella que se realiza en áreas acondicionadas o construidas para tal fin, utilizando anestesia general, regional o local, con un periodo de recuperación no mayor de doce horas (1). La tendencia actual es incrementar la actividad quirúrgica ambulatoria y disminuir la actividad de cirugía con hospitalización (2).

En relación con este incremento se han evidenciado ciertas reticencias a esta modalidad por miedos y/o prejuicios sobre el hecho de ser dado de alta el mismo día de la cirugía; existen ciertos factores culturales que hacen que tanto algunos médicos como pacientes manifiesten aprehensiones con relación a la cirugía mayor ambulatoria (3).

Desde este punto de vista, por diferentes razones, ambos grupos son poco proclives a hacer las cosas de forma diferente a como se han realizado siempre. Existen algunos pacientes que prefieren, e incluso insisten, en permanecer hospitalizados incluso mucho más allá de lo necesario desde un punto de vista médico, aun cuando han recibido toda la información al respecto no están dispuestos a aceptar esta modalidad de atención porque les genera inseguridad o bien estiman que podrán realizar un reposo de mejor calidad si permanecen ingresados (3).

Por otro lado, el seguimiento posoperatorio de enfermería de estos pacientes es realizado en diversos servicios a través de las tecnologías de la información y comunicación (TIC), como por ejemplo a través de la vía telefónica. Esto sin embargo, al no valorar al usuario directamente, pudiera

generar una barrera del control en domicilio por la dificultad para la recolección de datos relacionado al estado del paciente y la escasa interpretación de la información otorgada para la mejoría del mismo (4).

La satisfacción de los pacientes intervenidos en CMA es uno de los principales objetivos de la calidad asistencial en enfermería (5); esta se define por la Real Academia Española (6) como la razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria.

Por lo tanto, la cirugía mayor ambulatoria se presenta como una alternativa ante la falta de camas intrahospitalarias y una vía para explorar en cuanto a los cuidados de enfermería en el posoperatorio, utilizando para esto herramientas de telemonitorización como la telefónica.

## OBJETIVO GENERAL

Describir el grado de satisfacción de usuarios posoperados de colecistectomías laparoscópicas (CL), hernioplastias/herniorrafias (HP/HR) y exéresis quirúrgicas (EQ) acerca de su estancia en cirugía mayor ambulatoria y su satisfacción en relación con el uso del teléfono como una herramienta de seguimiento.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, prospectivo y de corte transversal de la satisfacción del usuario que asiste a una operación vía cirugía ambulatoria. La población utilizada son pacientes del Hospital Clínico Magallanes (HCM), Punta Arenas, Chile, intervenidos quirúrgicamente.

te de colecistectomías laparoscópicas, hernioplastias/herniorrafias y exéresis quirúrgicas, a los cuales se les aplicó dos instrumentos vía telefónica dos semanas después de ser sometidos a la intervención quirúrgica. Se recogieron los datos entre abril y septiembre de 2018.

El primer instrumento aplicado se denomina “Satisfacción de usuarios de cirugía mayor ambulatoria” (SUCMA14), el presente no se encuentra validado en Chile, sin embargo, cuenta con autorización del autor para su aplicación (7).

El SUCMA14 tiene un alfa de Cronbach de 0,91. Consta de 14 preguntas, las cuales consideran tres factores de satisfacción: atención hospitalaria, cirugía ambulatoria y seguimiento poshospitalario, con respuestas graduadas en escalas de 4 ítems relacionadas con la información que recibió antes de la cirugía, el trato recibido, cómo consideran las instalaciones del hospital, la satisfacción con la estancia en el hospital, si aconseja a algún familiar, competencias del personal, si volvería a operarse bajo la misma modalidad, si recomienda este tipo de modalidad, el tiempo que pasó en el hospital, dolor, información al alta, miedo al irse a su hogar, cicatrización y atención fuera del hospital.

El segundo instrumento se denomina “Escala de Satisfacción de telesalud” (TeSS), el cual tampoco se encuentra validado en Chile; sin embargo, tiene autorización de su autora para su uso y traducción al español (8).

El TeSS tiene un alfa de Cronbach de 0,90. Se valoró el teléfono como una herramienta para el seguimiento de pacientes posoperados de cirugía mayor ambulatoria; consta de 10 ítems que evalúan la satisfacción de la herramienta de salud utilizada para el seguimiento de pacientes a través de la telemonitorización, relacionados con: la calidad de voz del equipamiento, calidad visual del equipamiento, comodidad al usar el equipamiento, facilidad de comunicarse con el equipo de telesalud, tiempo con el equipo de telesalud, explicación del equipo de telesalud, minuciosidad, cuidado y habilidad del equipo de telesalud, cortesía, respeto, sensibilidad y amabilidad del equipo de telesalud, respeto a la privacidad y cómo de bien se respondieron sus preguntas por medio del equipamiento.

Los datos recogidos en el estudio se insertaron en una base de datos por medio del programa Excel de Microsoft® y luego se exportaron al programa estadístico IBM SPSS Statistics® versión 18.0. Las variables cualitativas se presentaron como frecuencia simple y relativa. La asociación entre las variables categóricas fue realizada por el test chi-Cuadrado o chi-Cuadrado para la separación y la tendencia lineal (*Linear-by-Linear Association*). Los datos se consideraron estadísticamente significativos cuando el valor de  $p \leq 0,05$ .

Las consideraciones éticas se abordaron teniendo como base los siete requisitos universales de la investigación

propuestos por Ezequiel Emanuel (9), siendo sometido a la evaluación del comité ético científico de la Universidad de Magallanes, Chile, verificando que el estudio cumple con los criterios éticos que permiten el resguardo de la privacidad, respeto y dignidad de los participantes.

## RESULTADOS

En el periodo de estudio se evaluaron a 94 pacientes. En la Tabla I se puede apreciar el perfil de los participantes según la intervención quirúrgica, donde la más común fue la colecistectomía laparoscópica. Se encontraron diferencias significativamente estadísticas en sexo ( $p = 0,012$ ), en el cual la mayoría eran mujeres operadas de colecistectomías laparoscópicas, edad ( $p = 0,001$ ) en el cual el rango medio fue entre 30 a 39 años y uso del aplicativo WhatsApp® ( $p = 0,007$ ), la cual la mayoría lo sabía utilizar. Predominaba educación media completa, casados o con pareja, se encontraban activos laboralmente, tenían internet en su hogar y no sabían utilizar el aplicativo Skype®.

En la Tabla II se describen las variables del instrumento SUCMA14 en los tres tipos de cirugías. La tendencia general de los participantes fue a evaluar los ítems del SUCMA14 con los puntajes más altos. Se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en el trato recibido por el personal que le atendió ( $p = 0,001$ ), en si aconsejarían a algún familiar sobre el lugar donde se operó ( $p = 0,011$ ) y las competencias del personal que lo atendió ( $p = 0,027$ ).

Por otro lado destaca, siendo no significativamente estadístico, la satisfacción con la estancia en el hospital (el 40 % de las EQ la consideran “buena” y no “muy buena”), en si volvería a operarse vía ambulatorio (el 41,7 % de las HP/HR respondieron que era “probable” y un 11,3 % de las CL era “poco y nada probable”) y el dolor posoperatorio (el 21 % de las CL “tuvo dolor” y el 16,3 % de las HP/HR “tuvo dolor y dolor fuerte”).

En la Tabla III se describen las variables del instrumento TeSS en los tres tipos de cirugías. La tendencia de los participantes al igual que el SUCMA14 fue de evaluar los ítems con los puntajes más altos. Hubo diferencias significativamente estadísticas en la explicación dada a los participantes ( $p = 0,035$ ).

En relación con la misma tabla no se pudo evaluar la calidad visual del equipo, ya que al ser llamada telefónica no es posible. Destaca en las respuestas al presente instrumento: la facilidad de comunicarse con el equipo de telesalud (el 38,7 % de CL y 35 % de EQ lo consideró “bueno”, el 12,9 % de las CL y 30 % de las EQ lo consideró “regular/pobre”) y el tiempo con el equipo de telesalud (el 25 % de HP/HR, el 25 % de las EQ y el 12,9 % de las CL lo consideró “bueno”).

TABLA I

## PERFIL DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, HOSPITAL CLÍNICO MAGALLANES, CHILE, 2018

VARIABLES	CL		HP/HR		EQ		VALOR DE p
	f	%	f	%	f	%	
Intervenciones	62	66,0 %	12	12,8 %	20	21,3 %	
Sexo							<b>0,012*</b>
Hombres	7	11,3 %	8	66,7 %	6	30,0 %	
Mujeres	55	88,7 %	4	33,3 %	14	70,0 %	
Edad							<b>0,001*</b>
18-19 años	2	3,2 %	0	0,0 %	1	5,0 %	
20-29 años	13	21,0 %	2	16,7 %	2	10,0 %	
30-39 años	22	35,5 %	2	16,7 %	3	15,0 %	
40-49 años	15	24,2 %	0	0,0 %	3	15,0 %	
50-59 años	7	11,3 %	4	33,3 %	3	15,0 %	
60 o más	3	4,8	4	33,3 %	8	40,0 %	
Escolaridad							0,228
Básica incompleta	3	4,8 %	1	8,3 %	2	10,0 %	
Básica completa	6	9,7 %	0	0,0 %	0	0,0 %	
Media incompleta	6	9,7 %	3	25,0 %	5	25,0 %	
Media completa	23	37,1 %	1	8,3 %	10	50,0 %	
Superior incompleta	11	17,7 %	0	0,0 %	3	15,0 %	
Superior completa	13	21,0 %	7	58,3 %	0	0,0 %	
Estado civil							0,227
Soltero	19	30,6 %	5	41,7 %	4	20,0 %	
Casado o con pareja	37	59,7 %	5	41,7 %	13	65,0 %	
Divorciado o separado	6	9,7 %	0	0,0 %	2	10,0 %	
Viudo	0	0,0 %	2	16,7 %	1	5,0 %	
Situación laboral							0,925
Trabaja	39	62,9 %	7	58,3 %	13	65,0 %	
No trabaja	23	37,1 %	5	41,7 %	7	35,0 %	
Tiene internet en su hogar							0,610
Sí	56	90,3 %	8	66,7 %	18	90,0 %	
No	6	9,7 %	4	33,3 %	2	10,0 %	
Sabe usar WhatsApp®							<b>0,007*</b>
Sí	59	95,2 %	9	75,0 %	15	75,0 %	
No	3	4,8 %	3	25,0 %	5	25,0 %	
Sabe utilizar Skype®							0,172
Sí	22	35,5 %	0	0,0 %	5	25,0 %	
No	40	64,5 %	12	100,0 %	15	75,0 %	

Prueba Chi-cuadrado. Nivel de significancia del 5 %, \*p ≤ 0,05.

CL: colecistectomía laparoscópica. HP/HR: hernioplastias / herniorrafias. EQ: exéresis quirúrgica.

TABLA II

## RESULTADOS APLICACIÓN DE INSTRUMENTO: SATISFACCIÓN DE USUARIOS DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (SUCMA14) ENTRE ABRIL Y SEPTIEMBRE DE 2018

	CIRUGÍAS	MUY MALA	MALA	BUENA	MUY BUENA	p
A su juicio, la información que recibió antes de la operación fue:	CL	0 (0,0)	1 (1,6)	13 (21,0)	48 (77,4)	0,242
	HP/HR	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (25,0)	9 (75,0)	
	EQ	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (10,0)	18 (90,0)	
El trato recibido por parte del personal que lo atendió en el hospital lo consideró:	CIRUGÍAS	MUY MALO	MALO	BUENO	MUY BUENO	p
	CL	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (12,9)	54 (87,1)	0,086
	HP/HR	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (25,0)	9 (75,0)	
	EQ	0 (0,0)	1 (5,0)	8 (40,0)	11 (55,0)	
¿Cómo considera las instalaciones (quirófanos, habitaciones, etc.) del hospital donde fue intervenido?	CIRUGÍAS	MUY MALO	MALO	BUENO	MUY BUENO	p
	CL	0 (0,0)	0 (0,0)	20 (32,3)	42 (67,7)	0,086
	HP/HR	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (33,3)	8 (66,7)	
	EQ	0 (0,0)	0 (0,0)	11 (55,0)	9 (45,0)	
En general, ¿quedó satisfecho con su estancia en el hospital?	CIRUGÍAS	NADA SATISFECHO	POCO SATISFECHO	SATISFECHO	MUY SATISFECHO	p
	CL	0 (0,0)	1 (1,6)	13 (21,0)	48 (77,4)	0,059
	HP/HR	0 (0,0)	1 (8,3)	2 (16,7)	9 (75,0)	
	EQ	0 (0,0)	1 (5)	8 (40,0)	11 (55,0)	
Si tuviera que aconsejar a un familiar o conocido el hospital donde se operó, lo calificaría como:	CIRUGÍAS	MUY MALO	MALO	BUENO	MUY BUENO	p
	CL	0 (0,0)	0 (0,0)	12 (27,4)	45 (72,6)	0,011*
	HP/HR	0 (0,0)	1 (8,3)	3 (25,0)	8 (66,7)	
	EQ	0 (0,0)	0 (0,0)	12 (60,0)	8 (40,0)	
Respecto a la capacidad del personal que le atendió, ¿cómo lo considera?	CIRUGÍAS	NADA COMPETENTE	POCO COMPETENTE	COMPETENTE	MUY COMPETENTE	p
	CL	0 (0,0)	1 (1,6)	4 (6,5)	57 (91,9)	0,027*
	HP/HR	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (33,3)	8 (66,7)	
	EQ	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (30,0)	14 (70,0)	
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?	CIRUGÍAS	ES NADA PROBABLE	ES POCO PROBABLE	ES PROBABLE	ES MUY PROBABLE	p
	CL	1 (1,6)	6 (9,7)	15 (24,2)	40 (65,4)	0,378
	HP/HR	0 (0,0)	1 (8,3)	5 (41,7)	6 (50,0)	
	EQ	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (30,0)	14 (70,0)	
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?	CIRUGÍAS	NADA RECOMENDABLE	POCO RECOMENDABLE	RECOMENDABLE	MUY RECOMENDABLE	p
	CL	2 (3,2)	2 (3,2)	19 (30,6)	39 (62,9)	0,475
	HP/HR	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (41,7)	7 (58,3)	
	EQ	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (35,0)	13 (65,0)	

(Continúa en la página siguiente)

TABLA II (CONT.)

RESULTADOS APLICACIÓN DE INSTRUMENTO: SATISFACCIÓN DE USUARIOS DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (SUCMA14)  
ENTRE ABRIL Y SEPTIEMBRE DE 2018

El tiempo total que pasó en el hospital, es decir, desde que ingresó para la operación hasta que fue a su domicilio, lo considera:	<b>CIRUGÍAS</b>	<b>MUY MALA</b>	<b>MALA</b>	<b>BUENA</b>	<b>MUY BUENA</b>	<b>p</b>
	CL	1 (1,6)	5 (8,1)	51 (82,3)	5 (8,1)	0,103
	HP/HR	0 (0,0)	1 (8,3)	9 (75,0)	2 (16,7)	
	EQ	0 (0,0)	1 (5,0)	15 (75,0)	4 (20,0)	
Tras la intervención quirúrgica, ¿sufrió dolor?	<b>CIRUGÍAS</b>	<b>MUY MALO</b>	<b>MALO</b>	<b>BUENO</b>	<b>MUY BUENO</b>	<b>p</b>
	CL	0 (0,0)	13 (21,0)	23 (37,1)	26 (41,9)	0,115
	HP/HR	1 (8,3)	1 (8,3)	5 (41,7)	5 (41,7)	
	EQ	0 (0,0)	1 (5,0)	7 (35,0)	12 (60,0)	
La información que recibió al irse de alta la considera:	<b>CIRUGÍAS</b>	<b>MUY MALO</b>	<b>MALO</b>	<b>BUENO</b>	<b>MUY BUENO</b>	<b>p</b>
	CL	0 (0,0)	2 (3,2)	13 (21,0)	47 (75,8)	0,555
	HP/HR	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (25,0)	9 (75,0)	
	EQ	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (20,0)	16 (80,0)	
¿Sintió miedo o preocupación por el hecho de estar tras la intervención fuera del hospital?	<b>CIRUGÍAS</b>	<b>NADA SATISFECHO</b>	<b>POCO SATISFECHO</b>	<b>SATISFECHO</b>	<b>MUY SATISFECHO</b>	<b>p</b>
	CL	0 (0,0)	2 (3,2)	14 (22,6)	46 (74,2)	0,618
	HP/HR	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (8,3)	11 (91,7)	
	EQ	0 (0,0)	1 (5,0)	6 (30,0)	13 (65,0)	
Considera que la cicatrización quirúrgica ha sido:	<b>CIRUGÍAS</b>	<b>MUY MALO</b>	<b>MALO</b>	<b>BUENO</b>	<b>MUY BUENO</b>	<b>p</b>
	CL	1 (1,6)	3 (4,8)	13 (30,6)	39 (62,9)	0,726
	HP/HR	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (25,0)	9 (75,0)	
	EQ	0 (0,0)	1 (5,0)	9 (45,0)	10 (50,0)	
La atención que ha recibido tras la operación de los profesionales sanitarios de fuera del hospital (ambulatorio o centro de salud) la valora como:	<b>CIRUGÍAS</b>	<b>NADA COMPETENTE</b>	<b>POCO COMPETENTE</b>	<b>COMPETENTE</b>	<b>MUY COMPETENTE</b>	<b>p</b>
	CL	1 (1,6)	4 (6,5)	17 (27,4)	40 (64,5)	0,951
	HP/HR	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (25,0)	9 (75,0)	
	EQ	0 (0,0)	1 (5,0)	8 (40,0)	11 (55,0)	

Datos presentados en: n(%). Prueba Chi-cuadrado. Nivel de significancia del 5 %, \*p ≤ 0,05.

CL: colecistectomía laparoscópica. HP/HR: hernioplastias / herniorrafias. EQ: exéresis quirúrgica

TABLA III

ESCALA DE SATISFACCIÓN DE TELESALUD (TeSS)  
ENTRE ABRIL Y SEPTIEMBRE DE 2018

CIRUGÍAS	LA CALIDAD DE VOZ DEL EQUIPAMIENTO			p
	EXCELENTE	BUENO	REGULAR / POBRE	
CL	61 (98,4)	1 (1,6)	0 (0,0)	0,500
HP/HR	12 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
EQ	20 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
CIRUGÍAS	LA CALIDAD VISUAL DEL EQUIPAMIENTO			p
	EXCELENTE	BUENO	REGULAR / POBRE	
CL	-	-	-	-
HP/HR	-	-	-	
EQ	-	-	-	
CIRUGÍAS	SU COMODIDAD PERSONAL AL USAR EL EQUIPAMIENTO			p
	EXCELENTE	BUENO	REGULAR / POBRE	
CL	53 (85,5)	8 (12,9)	1 (1,6)	0,699
HP/HR	10 (83,3)	1 (8,3)	1 (8,3)	
EQ	18 (90,0)	2 (10,0)	0 (0,0)	
CIRUGÍAS	LA FACILIDAD DE COMUNICARSE CON EL EQUIPO DE TELESALUD			p
	EXCELENTE	BUENO	REGULAR / POBRE	
CL	30 (48,4)	24 (38,7)	8 (12,9)	0,195
HP/HR	8 (66,7)	3 (25,0)	1 (8,3)	
EQ	7 (35,0)	7 (35,0)	6 (30,0)	
CIRUGÍAS	EL TIEMPO CON EL EQUIPO DE TELESALUD			p
	EXCELENTE	BUENO	REGULAR / POBRE	
CL	52 (83,9)	8 (12,9)	2 (3,2)	0,597
HP/HR	9 (75,0)	3 (25,0)	0 (0,0)	
EQ	15 (75,0)	5 (25,0)	0 (0,0)	
CIRUGÍAS	LA EXPLICACIÓN DE SU TRATAMIENTO POR PARTE DEL EQUIPO DE TELESALUD			p
	EXCELENTE	BUENO	REGULAR / POBRE	
CL	56 (90,3)	6 (9,7)	0 (0,0)	<b>0,035*</b>
HP/HR	11 (91,7)	1 (8,3)	0 (0,0)	
EQ	14 (70,0)	6 (30,0)	0 (0,0)	
CIRUGÍAS	LA MINUCIOSIDAD, EL CUIDADO Y LA HABILIDAD DEL EQUIPO DE TELESALUD			p
	EXCELENTE	BUENO	REGULAR / POBRE	
CL	50 (80,6)	12 (19,4)	0 (0,0)	0,257
HP/HR	11 (91,7)	1 (8,3)	0 (0,0)	
EQ	14 (70,0)	5 (25,0)	1 (5,0)	
CIRUGÍAS	LA CORTESÍA, EL RESPETO, LA SENSIBILIDAD Y LA AMABILIDAD DEL EQUIPO DE TELESALUD			p
	EXCELENTE	BUENO	REGULAR / POBRE	
CL	62 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,101
HP/HR	11 (91,7)	1 (8,3)	0 (0,0)	
EQ	19 (95,0)	1 (5,0)	0 (0,0)	

(Continúa en la página siguiente)

TABLA III (CONT.)

ESCALA DE SATISFACCIÓN DE TELESALUD (TeSS)  
ENTRE ABRIL Y SEPTIEMBRE DE 2018

CIRUGÍAS	QUÉ TAN BIEN SE RESPETÓ SU PRIVACIDAD			p
	EXCELENTE	BUENO	REGULAR / POBRE	
CL	59 (92,5)	3 (4,8)	0 (0,0)	0,895
HP/HR	12 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
EQ	19 (95,0)	1 (5,0)	0 (0,0)	
CIRUGÍAS	LA CALIDAD VISUAL DEL EQUIPAMIENTO			p
	EXCELENTE	BUENO	REGULAR / POBRE	
CL	57 (91,9)	5 (8,1)	0 (0,0)	0,500
HP/HR	12 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
EQ	19 (95,0)	1 (5,0)	0 (0,0)	

Datos presentados en: n(%). Prueba Chi-cuadrado. Nivel de significancia del 5 %, \* $p \leq 0,05$ .

CL: colestectomía laparoscópica. HP/HR: hernioplastias / herniorrafias. EQ: exéresis quirúrgica

## DISCUSIÓN

En los últimos años se ha observado que la cirugía mayor ambulatoria (CMA) ha presentado un gran crecimiento a nivel mundial, lo que ha significado un importante avance en el ámbito sanitario, logrando superar la barrera del tener que hospitalizar a todos los pacientes para llevar a cabo sus procedimientos quirúrgicos (1). Esto ha implicado un alivio en el uso de camas intrahospitalarias, disminución de manera eficiente de las listas de espera, los costos intrahospitalarios, además de los beneficios para el paciente al poder volver a su domicilio el mismo día, entre otros factores.

La satisfacción del paciente es clave para poder seguir desarrollando este tipo de modalidad quirúrgica. El periodo en el cual el paciente se encuentra en las instalaciones de cirugía mayor ambulatoria (antes, durante y después de ser intervenido) junto a la ausencia de complicaciones en el posoperatorio, determinan la percepción que los usuarios puedan tener de este (10), asociado además al nivel cultural y al cumplimiento de las expectativas puestas según sea la intervención quirúrgica (11).

Además de los factores que intervienen en la satisfacción del paciente de cirugía ambulatoria, es muy importante cuidar aquellos indicadores de calidad asistencial que pudieran marcar la percepción de los pacientes que asisten bajo esta modalidad quirúrgica. Aspectos como la cancelación del procedimiento quirúrgico el día de la cirugía, la reintervención no planificada el mismo día, el reingreso hospitalario por alguna complicación, entre otros factores, pudieran marcar un sentimiento colectivo de inseguridad en la población (11). Si bien todos estos eventos se consideran que pueden ocurrir en el funcionamiento de una unidad

quirúrgica, por los riesgos en sí de los procedimientos, es fundamental el trabajo en equipo multidisciplinario para disminuir al mínimo estos riesgos, y otorgar la seguridad óptima al paciente, su familia y al equipo quirúrgico, de manera que en los casos seleccionados que cumplan con los requisitos, se siga optando por esta modalidad.

En el presente estudio se puede inferir que, en general, el grado de satisfacción de la cirugía mayor ambulatoria es bueno y muy bueno; sin embargo, esta pudiese mejorar con el fin de llegar a los más altos estándares, por lo que se deberían implementar medidas para mejorar en cada uno de los factores expuestos en la sección anterior.

Al revisar un estudio similar realizado el año 2011 en la Unidad de CMA del Hospital General Universitario Gregorio Marañón en Madrid (5), se pueden apreciar muchas similitudes en los resultados, destacando el manejo del dolor como un reto actual a enfrentar. En nuestro estudio, el 21 % de las CL “tuvo dolor” y el 16,3 % de las HP/HR “tuvo dolor y dolor fuerte”.

Los factores mencionados son importantes de corregir y pueden verse influenciados por distintas variables, como son la infiltración con anestésicos locales en los sitios quirúrgicos, la utilización de bloqueos regionales, el tiempo que permanecen en unidad de recuperación, el uso de analgésicos vía endovenosa, incluso la indicación de medicamentos analgésicos por parte del personal médico al momento del alta (12). Si bien estas variables escapan al objetivo de análisis de este estudio, pueden alterar la percepción por parte del paciente y hacer que decidan no recomendar esta modalidad, o no volver a someterse a algún otro procedimiento por vía ambulatoria.



Posteriormente, y relacionado al seguimiento posoperatorio, el paciente y su cuidador tienen un rol clave para poder conseguir una recuperación eficaz en el hogar. Esto siempre debería ser monitorizado y valorado por personal de enfermería capacitado en el área, ya que controla, pesquiza complicaciones y puede prevenir consultas a los servicios de urgencia de manera innecesaria, evitando la congestión del sistema sanitario. Destacan aspectos relacionados al acceso a herramientas de telecomunicación que, además del uso generalizado del teléfono móvil, la mayoría maneja el aplicativo WhatsApp®, el cual sirve para acceder a mensajes de voz, texto y fotografías; sin embargo, la aplicación de Skype®, que permite el acceso a videollamadas, solo el 28 % la sabe utilizar.

En relación con el uso del teléfono móvil como una herramienta para el seguimiento de pacientes posquirúrgicos, destaca la explicación brindada bajo esta vía, la cortesía, el respeto, la amabilidad hacia los pacientes y el respeto a la privacidad. Por otro lado, es muy importante la facilidad de los pacientes para comunicarse con un equipo de telesalud capacitado e informado de la situación posoperatoria del paciente, lo que pudiera evitar complicaciones prevenibles. Relacionado a lo anterior, en nuestro estudio encontramos una limitación para el adecuado seguimiento de los pacientes, y es que en el servicio estudiado se realiza por protocolo una sola llamada dentro de las primeras 48 horas como control, así como la disponibilidad de contactarse en horario hábil con el personal de la unidad de CMA.

Considerando lo mencionado anteriormente respecto a las herramientas de telemonitorización, y en el contexto de lo discutido en este estudio, algunas medidas para mejorar el control y monitorización posoperatorios a implementar podrían ser el aumento de llamadas-control por parte del personal de enfermería, ampliar el horario de disponibilidad de consultas vía telefónica o incluso considerar el uso de un celular del servicio, con aplicación de mensajería rápida disponible para aclarar dudas. Planteamos que estas medidas podrían mejorar la satisfacción usuaria, disminuir la ansiedad relacionada con la ambulatorización de las cirugías y optimizar los controles posoperatorios.

Este seguimiento posoperatorio, al ser realizado vía telefónica, ofrece ventajas relacionadas con la identificación y la gestión de síntomas en el hogar (13), lo que muchas veces puede significar un ahorro en costos para el paciente y para el sistema sanitario con incluso mayor cobertura al poder atender las necesidades del paciente en el mismo hogar vía telemonitoreo.

Se puede apreciar según los resultados que, si bien el teléfono móvil cumple la función planteada y para el paciente resulta práctico, tiene la limitación de no poder ver al usuario, reduciéndose solamente a lo que refiere el mismo, por lo que se concluye que la encuesta telefónica no es el único ni el mejor procedimiento para el seguimiento posoperatorio, pero sí el más costo-efectivo en comparación a los otros métodos (14).

Por otro lado, vemos poco probable que a corto plazo pueda implementarse las videollamadas como parte del control posoperatorio efectivo de regla, dado el bajo conocimiento del funcionamiento de este por parte de los pacientes. Una medida de intervención para mejorar el seguimiento de los mismos, sería la utilización del aplicativo WhatsApp®, dado el conocimiento de su funcionamiento por parte de la población estudiada.

Otros métodos empleados para dicho seguimiento son la asistencia telefónica a través de un número de teléfono de atención al paciente, la asistencia a domicilio y la asistencia en el servicio de urgencias o en la consulta de cirugía. En la actualidad se están desarrollando otros métodos basados en internet, tales como las aplicaciones para teléfonos móviles y las consultas virtuales con videollamada, que subsana en parte las limitantes de la llamada telefónica (14).

Finalmente, dado el avance de la tecnología en diversas áreas, y sobre todo en medicina, se recalca la importancia del uso de las TIC en la monitorización posoperatoria del paciente, ya que estas permitirían un seguimiento oportuno, frecuente y de buena calidad de los pacientes sometidos a CMA. Si bien, los resultados muestran una buena apreciación general de los pacientes por este tipo de cirugías, este estudio plantea nuevas aristas a trabajar para optimizar este proceso.

## LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las limitaciones están relacionadas al tamaño de la muestra, ya que se evaluó solamente la satisfacción en pacientes de cirugía general, creemos que generalizar los resultados del estudio a todas las cirugías de cirugía mayor ambulatoria representaría un error que queremos evitar. El autor principal del estudio realiza sus actividades laborales en la unidad donde se desempeñó el mismo.

## CONSIDERACIONES FINALES

El presente estudio identificó los primeros resultados respecto a la satisfacción en pacientes de cirugía general que se operan vía cirugía mayor ambulatoria en la ciudad de Punta Arenas, Chile. El manejo del dolor, la facilidad de los pacientes para comunicarse con un equipo de telesalud, el número de llamadas de control por parte del personal de enfermería y los horarios de disponibilidad de consultas vías telefónicas, son aspectos claves para mejorar la satisfacción del paciente que se opera bajo esta modalidad.

El seguimiento de los mismos debiera ser motivo a seguir innovando en busca de tecnologías que permitan una mayor valoración de estos usuarios en el posoperatorio y así evitar posibles reingresos de estos a los servicios de urgencia por complicaciones posoperatorias.

Este estudio deja la posibilidad de generar nuevos estudios relacionados con la cirugía mayor ambulatoria en busca de profundizar aspectos como el manejo del dolor posoperatorio en el hogar y el validar en el futuro los instrumentos SUCMA14 y TesS en Chile.

Por otro lado, la gran importancia del uso de las TIC en el ámbito sanitario, hace evidente que se deben seguir implementando herramientas para el seguimiento de pacientes de cirugía mayor ambulatoria en busca de optimizar el seguimiento de estos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Frederico C. El reto de la cirugía ambulatoria; tendencias actuales. [Internet]. *Rev Mex Anest* 2013;13(Supl. 1):S167-8.
2. Vergara F, Freitas A, Gispert R, Coll J, Saltó E, Trilla A. Evolución de la cirugía mayor ambulatoria en Cataluña, 2001-2011. *Gaceta Sanitaria*. 2015;29(6):451-3. DOI: 10.1016/j.gaceta.2015.06.006.
3. Recart A. Cirugía mayor ambulatoria. Una nueva forma de entender la medicina quirúrgica. *Rev Med Clin Las Condes*. 2017;682-90. DOI: 10.1016/j.rmclc.2017.08.005.
4. Lugo S, Viloria C, Diaz J, Cardona J. Seguimiento de pacientes en estado posoperatorio de cirugías ambulatorias a través de la web. *Salud Uninorte* 2013;29(3):384-93.
5. Vicente M, Fresneña M, Ceñal I, León M, Camino A. Estudio del grado de satisfacción de los pacientes intervenidos en cirugía mayor ambulatoria en un periodo de seis meses. *Rev Cir May Amb*. 2011;16(4):164-7.
6. Real Academia Española. *Diccionario de la lengua Española*; 2001.
7. 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(4):146-54.
8. Morgan D, Kosteniuk J, Stewart N, O'connell M, Karunanayake C, Beever R. The Telehealth Satisfaction Scale: Reliability, Validity, and Satisfaction with Telehealth in a Rural Memory Clinic Population. 2014;20(11).
9. Emanuel E. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. *Investigación en Sujetos Humanos: Experiencia Internacional*. Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS. 1999. 33-46.
10. Argente P, Alcántara MJ, Viñoles J, Santisteban A, Ramón R, Gosálbez E. Seguimiento posoperatorio telefónico en cirugía ambulatoria. [Internet]. *Cir May Amb*. 2013;18(3):105-12.
11. Moreno P. Indicadores de calidad en una unidad de cirugía mayor ambulatoria acreditada. *Cir May Amb*. 2018;23(2):45-109.
12. Lovich-Sapola J, Smith C, Brandt C. Postoperative Pain Control. [Internet]. *Surgical Clinics of North America*. 2005.95(2):301-18.
13. Hwa K, Wren S. Telehealth follow-up in lieu of postoperative clinic visit for ambulatory surgery: results of a pilot program. [Internet]. *Pacific Coast Surgical Association*. 2013;148(9):823-7.
14. Sánchez E. Seguimiento posoperatorio del paciente. *Rev Cir Amb*. 2018;23(2):52-53.