

Evaluación comparativa de resultados precoces posthemorroidectomía en pacientes con régimen de hospitalización y ambulatorio

Diego Gianetti-Bahamonde¹, Florencia Pinto-Galardoni¹, Alejandro Readí-Vallejos¹, Marcelo Rodríguez-González¹, Gonzalo Campaña-Villegas¹

Comparative evaluation of early post-hemorrhoidectomy outcomes in inpatient and outpatient patients

Introduction: Hemorrhoidectomy is an effective treatment for hemorrhoidal disease; however, its implementation as an ambulatory procedure remains limited by concerns regarding pain, bleeding, urinary retention, and unplanned readmissions. **Materials and Methods:** We conducted a retrospective comparative cohort study including adult patients undergoing elective hemorrhoidectomy between January 2017 and June 2023 at Clínica INDISA. Patients were classified according to actual length of stay as ambulatory or hospitalized. The primary outcome was unplanned surgical reintervention within 30 days. Secondary outcomes included global readmission and other early postoperative complications. To reduce selection bias, overlap weighting based on preoperative covariates was applied. **Results:** A total of 703 patients were included, 132 (18.8%) ambulatory and 571 (81.2%) hospitalized. The ambulatory group was younger and underwent less extensive procedures, with shorter operative time and fewer resected hemorrhoidal piles. There were 37 global readmissions (5.3%) and 17 reinterventions (2.4%), with no significant differences between groups. In the adjusted analysis, ambulatory management was not significantly associated with a higher risk of 30-day reintervention (aOR 0.70; 95% CI 0.15-3.21; $p = 0.642$). **Discussion:** In this cohort, same-day discharge was not associated with worse short-term outcomes in selected patients. However, baseline differences between groups and the low number of events require cautious interpretation. **Conclusion:** Ambulatory hemorrhoidectomy in selected patients was feasible and was not significantly associated with increased 30-day reintervention or readmission, although these findings should not be interpreted as proof of equivalence between regimens.

Keywords [MeSH terms]: hemorrhoidectomy; ambulatory surgery; patient safety; postoperative complications; patient readmission.

Resumen

Introducción: La hemorroidectomía es un tratamiento eficaz para la enfermedad hemorroidal; sin embargo, su implementación en modalidad ambulatoria sigue limitada por el riesgo de dolor, sangrado, retención urinaria y rehospitalizaciones no planificadas. **Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectiva comparativa de pacientes adultos sometidos a hemorroidectomía electiva entre enero de 2017 y junio de 2023 en Clínica INDISA. Los pacientes se clasificaron según estadía efectiva en manejo ambulatorio o hospitalizado. El resultado principal fue la reintervención quirúrgica no programada a 30 días. Como resultados secundarios se evaluaron la rehospitalización global y otras complicaciones postoperatorias precoces. Para reducir sesgo de selección se aplicó *overlap weighting* basado en covariables preoperatorias. **Resultados:** Se incluyeron 703 pacientes, 132 (18,8%) ambulatorios y 571 (81,2%) hospitalizados. El grupo ambulatorio fue más joven y presentó cirugías de menor magnitud, con menor tiempo operatorio y menor número de paquetes resecados. Se registraron 37 rehospitalizaciones globales (5,3%) y 17 reintervenciones (2,4%), sin diferencias significativas entre grupos. En el análisis ajustado, el manejo ambulatorio no se asoció significativamente a mayor riesgo de reintervención a 30 días (ORa 0,70; IC 95% 0,15-3,21; $p = 0,642$). **Discusión:** En esta cohorte, el alta el mismo día no se asoció a peores resultados

¹Clínica INDISA, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

Recibido el 2026-03-21 y aceptado para publicación el 2026-04-22

Correspondencia a:
Dr. Diego Gianetti Bahamonde
dgianettib@gmail.com

E-ISSN 2452-4549



precoces en pacientes seleccionados. No obstante, las diferencias basales entre grupos y el bajo número de eventos obligan a interpretar estos hallazgos con cautela. **Conclusión:** La hemorroidectomía ambulatoria en pacientes seleccionados fue factible y no se asoció a un aumento estadísticamente significativo de reintervención o rehospitalización a 30 días, aunque estos resultados no deben interpretarse como prueba de equivalencia entre regímenes.

Palabras clave: hemorroidectomía; procedimientos quirúrgicos ambulatorios; seguridad del paciente; complicaciones posoperatorias; readmisión del paciente.

Introducción

La enfermedad hemorroidal es una de las patologías anorrectales más comunes, aunque su prevalencia exacta es incierta y varía según la definición empleada y la población estudiada^{1,2}. Las hemorroides internas se clasifican según Goligher, y la hemorroidectomía excisional continúa siendo una alternativa quirúrgica en pacientes seleccionados con enfermedad avanzada, especialmente en grados III y IV¹. Si bien la hemorroidectomía es un procedimiento eficaz, no está exenta de complicaciones, siendo las más frecuentes el dolor postoperatorio, hemorragia y retención urinaria aguda³⁻⁶. Otras complicaciones menos frecuentes incluyen infección, impactación fecal y estenosis anal, que motiva reconsulta, rehospitalización o reintervención^{4,7}.

En cirugía hemorroidal, el manejo ambulatorio se ha consolidado como una estrategia orientada a reducir estadía hospitalaria y costos institucionales en pacientes seleccionados⁸⁻¹⁰. En el ámbito de la proctología, las revisiones sistemáticas avalan la factibilidad del manejo ambulatorio para la cirugía hemorroidal; sin embargo, complicaciones precoces como el dolor postoperatorio, la retención aguda de orina y la hemorragia continúan siendo las principales causas de fracaso en el alta el mismo día o de reingresos no planificados⁶. Al respecto, estudios observacionales y prospectivos han sugerido que, mediante una adecuada selección de pacientes, este régimen no asocia un aumento en las readmisiones y logra disminuir significativamente la permanencia institucional⁸⁻¹⁰. En esta línea, evidencia aleatorizada ha demostrado que la hemorroidectomía ambulatoria es un procedimiento seguro que minimiza la hospitalización y los costos, sin comprometer el control analgésico ni la satisfacción del paciente¹¹. Si bien resultados similares se han descrito para las técnicas con grapas, la considerable heterogeneidad metodológica respecto a las variantes quirúrgicas, los criterios de elegibilidad y los esquemas de seguimiento limita la generalización de estos hallazgos¹²⁻¹⁴.

A pesar de sus potenciales beneficios, la implementación de un régimen ambulatorio tras hemorroidectomía sigue enfrentando barreras relacionadas con readmisiones no planificadas^{4,5,9}. La literatura internacional ha comunicado tasas de readmisión a 30 días que oscilan entre 11% y 13%, siendo el dolor y el sangrado las causas más frecuentes^{6,9}. Asimismo, se han descrito factores asociados a readmisión, incluyendo variables técnicas como el uso de dispositivos de energía avanzada y otros factores clínicos perioperatorios, lo que sugiere oportunidades de optimización en la selección de pacientes y en el manejo perioperatorio^{3,6}.

En Chile, la evidencia específica sobre hemorroidectomía en modalidad ambulatoria sigue siendo limitada. Un estudio nacional reciente identificó al sangrado como la complicación significativa más frecuente tras hemorroidectomía, asociándose a hemorroides grado III o IV, resección de 3 o más paquetes, uso de energía bipolar avanzada y técnica de hemorroidopexia con grapadora (PPH)⁷. Considerando que una proporción importante de las complicaciones clínicamente relevantes puede manifestarse después de las primeras 24 horas, persiste la incertidumbre respecto de si una pernoctación intrahospitalaria breve ofrece una ventaja real en la prevención o detección precoz de eventos adversos^{5,11}. En este contexto, sigue siendo necesaria evidencia comparativa local que evalúe los resultados precoces del egreso ambulatorio mediante estrategias analíticas capaces de reducir, aunque no eliminar, el sesgo de selección inherente a los estudios observacionales.

El objetivo de este estudio fue comparar los resultados precoces a 30 días entre pacientes sometidos a hemorroidectomía electiva con alta el mismo día y aquellos con al menos una noche de pernoctación. Se definió como resultado principal la reintervención quirúrgica no programada dentro de los 30 días postoperatorios. Como resultados secundarios se evaluaron la rehospitalización global y otras complicaciones postoperatorias precoces, además de compararse las características clínico-quirúrgicas de ambos grupos.

Material y Método

Se realizó un estudio de cohorte retrospectiva comparativa en Clínica INDISA, incluyendo pacientes mayores de 18 años sometidos a hemorroidectomía electiva entre enero de 2017 y junio de 2023. Se excluyeron los procedimientos de urgencia, las cirugías proctológicas menores o hemorroidectomías no formales, incluyendo resección de plicomas, papilas hipertróficas, hemorroides centinelas y ligaduras quirúrgicas sin hemorroidectomía formal, así como pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, embarazo activo, cirrosis avanzada, inmunosupresión severa o comorbilidad extrema definida como estado físico ASA IV. La indicación quirúrgica no se restringió exclusivamente a hemorroides grado III o IV, sino que fue definida según evaluación clínica del equipo tratante, gravedad sintomática y respuesta al tratamiento previo.

Los pacientes fueron estratificados en dos grupos según su estancia hospitalaria efectiva: manejo ambulatorio, definido como alta el mismo día de la intervención, y hospitalizado, definido como permanencia institucional de al menos una noche. Esta categorización se estableció de manera retrospectiva según la estadía real observada y no según la intención de tratamiento preoperatoria. Dada la naturaleza observacional del estudio, no se aplicó un protocolo de asignación aleatoria; en su lugar, la decisión de alta o de hospitalización dependió del juicio clínico del equipo tratante, considerando las condiciones basales del paciente, la evolución postanestésica inmediata, el control analgésico, la extensión del procedimiento y el tipo de anestesia. En la práctica habitual del centro, el alta se indicó una vez alcanzada una recuperación postanestésica adecuada, con tolerancia oral, deambulación y micción espontánea.

Se recolectaron variables demográficas, clínicas y operatorias. Entre las variables basales se incluyeron edad, sexo, comorbilidades, clasificación ASA, índice de Charlson ajustado por edad y grado hemorroidal. Entre las variables operatorias se incluyeron la técnica quirúrgica empleada, el número de paquetes resacados, el uso de dispositivos de energía avanzada y el tipo de anestesia, cuando esta información estuvo disponible en la ficha clínica. Al alta, se indicaron medidas postoperatorias según la práctica habitual del centro, orientadas al control del dolor y a prevenir estreñimiento, incluyendo analgesia oral, laxantes osmóticos, dieta suplementada con fibra, baños de asiento y duchoterapia.

Los eventos a 30 días se obtuvieron de manera retrospectiva a partir de los registros clínicos institucionales, incluyendo rehospitalizaciones y reintervenciones dentro de la red asistencial de Clínica INDISA. No fue posible capturar de forma sistemática los eventos atendidos fuera de la red.

El análisis estadístico se realizó en *RStudio* (v2026.01.0+392). Las variables continuas se compararon mediante prueba t de Student o t de Welch, y las categóricas con chi cuadrado de Pearson o prueba exacta de Fisher, según correspondiera. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. Para mitigar el sesgo de selección, se utilizó ponderación por traslape (*overlap weighting*) basada en un *propensity score* estimado a partir de covariables preoperatorias clínicamente relevantes. Las variables operatorias no se incluyeron en el modelo principal por considerarse potenciales mediadores del efecto. El balance entre grupos se evaluó mediante diferencia de medias estandarizada, considerándose adecuado un valor absoluto $< 0,1$. Como análisis de sensibilidad, se realizó un emparejamiento exacto combinado con vecino más cercano 1:1.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Clínica INDISA y se desarrolló de acuerdo con la Declaración de Helsinki y la normativa local vigente. Se utilizó el modelo de lenguaje Gemini 1.5 (Google LLC, CA) exclusivamente para corrección de estilo y gramática. Los autores asumen la total responsabilidad intelectual y científica del contenido.

Resultados

Población y muestra

Se revisaron retrospectivamente 1.262 registros quirúrgicos de pacientes sometidos a hemorroidectomía durante el período de estudio. Tras aplicar los criterios de exclusión, se eliminaron 559 casos: 200 procedimientos de urgencia, 347 cirugías proctológicas menores o hemorroidectomías no formales, y 12 pacientes con condiciones basales específicas que motivaron exclusión. Finalmente, se incluyeron 703 pacientes en el análisis definitivo, de los cuales 132 (18,8%) correspondieron al grupo ambulatorio y 571 (81,2%) al grupo hospitalizado.

Características clínico-demográficas y comparabilidad basal

Los pacientes del grupo ambulatorio fueron significativamente más jóvenes que los del grupo hospitalizado ($41,4 \pm 9,9$ vs $45,4 \pm 11,2$ años; $p < 0,001$).

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la distribución por sexo ($p = 0,081$) ni en la proporción de enfermedad avanzada definida como hemorroides grado III-IV ($p = 0,729$). En cuanto a la carga de morbilidad, la proporción de pacientes con bajo riesgo quirúrgico (ASA I-II) fue comparable entre ambos grupos (97,7% vs 96,1%; $p = 0,533$), aunque el grupo ambulatorio presentó un índice de Charlson ajustado por edad significativamente menor ($0,86 \pm 0,99$ vs $1,18 \pm 1,24$; $p = 0,002$) (Tabla 1).

Hallazgos operatorios

En cuanto a la técnica quirúrgica, la hemorroidectomía abierta tipo Milligan-Morgan fue la variante predominante en ambos grupos. Sin embargo, la distribución técnica difirió significativamente según modalidad de egreso: la hemorroidopexia grapada (PPH) se realizó exclusivamente en pacientes hospitalizados, mientras que la técnica de Ferguson fue proporcionalmente más frecuente en el grupo ambulatorio ($p < 0,001$). Adicionalmente, el grupo ambulatorio presentó menor tiempo operatorio, menor número de paquetes resecaados y menor uso de energía avanzada, sugiriendo una menor complejidad operatoria global (Tabla 2). En conjunto, estos hallazgos sugieren diferencias operatorias basales relevantes entre ambos grupos.

Rehospitalizaciones y reintervenciones a 30 días

Se registraron 37 rehospitalizaciones globales (5,3%), sin diferencias significativas entre el grupo ambulatorio y el hospitalizado ($p = 1,000$). Del total de rehospitalizaciones, 20 casos (54,0%) correspondieron a manejo médico y 17 (46,0%) requirieron reintervención quirúrgica. Entre estas últimas, el sangrado postoperatorio fue la causa predominante (82,4%). Dado que la reintervención quirúrgica no programada a 30 días fue el resultado principal del estudio, su asociación con la modalidad de egreso se analizó de manera específica en el modelo ajustado.

Asociación entre modalidad de egreso y reintervención

En el análisis crudo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la tasa de reintervención quirúrgica no programada a 30 días entre ambos grupos (OR 0,57; IC 95% 0,09-2,05; $p = 0,456$). Tras aplicar ponderación por traslape (*overlap weighting*), se logró un adecuado balance de las covariables preoperatorias, con diferencia de medias estandarizada $< 0,1$. En el modelo ajustado, el manejo ambulatorio no se asoció significativamente con un mayor riesgo de reintervención en comparación con el grupo hospitalizado (OR ajustado 0,70; IC 95% 0,15-3,21; $p = 0,642$) (Figura 1 y Tabla 3).

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas

Variable	Total (N = 703)	Hospitalizado (n = 571)	Ambulatorio (n = 132)	Valor p
Edad (años), $\bar{x} \pm DE$	44,6 $\pm$ 11,1	45,4 $\pm$ 11,2	41,4 $\pm$ 9,9	< 0,001^a
Sexo masculino, n (%)	349 (49,6)	293 (51,3)	56 (42,4)	0,067 ^b
Grado hemorroidal III-IV, n (%)	538 (76,5)	439 (76,9)	99 (75,0)	0,649 ^b
ASA I-II, n (%)	678 (96,4)	549 (96,1)	129 (97,7)	0,601 ^c
Índice de Charlson, $\bar{x} \pm DE$	1,1 $\pm$ 1,2	1,2 $\pm$ 1,2	0,9 $\pm$ 1,0	0,002^a
Comorbilidades, n (%)				
Hipertensión arterial	89 (12,7)	75 (13,1)	14 (10,6)	0,472 ^b
Diabetes mellitus tipo 2	19 (2,7)	15 (2,6)	4 (3,0)	0,767 ^c
Tabaquismo activo	18 (2,6)	11 (1,9)	7 (5,3)	0,058 ^c
VIH (+)	11 (1,6)	6 (1,1)	5 (3,8)	0,038^c
Anticoagulación oral	4 (0,6)	2 (0,4)	2 (1,5)	0,162 ^c
Antiagregación plaquetaria*	1 (0,1)	1 (0,2)	0 (0,0)	1,000 ^c

$\bar{x}$ media; DE: desviación estándar. ASA: American Society of Anesthesiologists. Índice de Charlson ajustado por edad. *Incluye uso de ácido acetilsalicílico y/o clopidogrel. ^aPrueba t de Student para muestras independientes. ^bPrueba χ^2 de Pearson. ^cPrueba exacta de Fisher.

Tabla 2. Resultados quirúrgicos y complicaciones a 30 días

Variable	Total (N = 703)	Hospitalizado (n = 571)	Ambulatorio (n = 132)	Valor p
Resultados quirúrgicos				
Tiempo operatorio (min), $\bar{x} \pm DE$	47,7 $\pm$ 18,2	50,9 $\pm$ 18,1	34,9 $\pm$ 11,8	< 0,001 ^a
Paquetes resecados (n), $\bar{x} \pm DE$	2,3 $\pm$ 0,8	2,35 $\pm$ 0,8	1,87 $\pm$ 0,7	< 0,001 ^a
Uso de energía avanzada, n (%)	136 (19,3)	122 (21,4)	14 (10,6)	0,001 ^b
Anestesia Raquídea, n (%)	394 (56,0)	320 (56,0)	74 (56,1)	1,000 ^b
Técnica Quirúrgica				< 0,001
Hemorroidectomía abierta, n (%)	624 (88,8)	506 (88,6)	118 (89,4)	
Hemorroidectomía cerrada, n (%)	24 (3,4)	10 (1,8)	14 (10,6)	
Hemorroidopexia grapada/PPH, n (%)	55 (7,8)	55 (9,6)	0 (0)	
Complicaciones a 30 días				
Reingreso Global n (%)	37 (5,3)	30 (5,3)	7 (5,3)	1,000 ^b
Manejo médico*	20 (2,8)	15 (2,6)	5 (3,8)	0,559 ^c
Dolor	1 (0,1)	1 (0,2)	0 (0)	1,000
Sangrado sin reoperación	3 (0,4)	3 (0,5)	0 (0)	1,000
Otras causas**	16 (2,3)	11 (1,9)	5 (3,8)	0,199
Manejo quirúrgico***	17 (2,4)	15 (2,6)	2 (1,5)	0,752 ^c
Sangrado postoperatorio	14 (2,0)	13 (2,3)	1 (0,8)	0,471
Impactación fecal	2 (0,3)	2 (0,4)	0 (0)	1,000
Cefalea post-punción dural	1 (0,1)	0 (0)	1 (0,8)	0,188

$\bar{x}$ media; DE: desviación estándar. *Incluye reingresos manejados sin reintervención quirúrgica. **Incluye fistula, fisura, absceso, granuloma, estenosis, fiebre, fecaloma, urolitiasis/patologías médicas y trombosis hemorroidal. ***Corresponde a reintervenciones quirúrgicas no programadas dentro de 30 días. ^aPrueba t de Student para muestras independientes. ^bPrueba χ^2 de Pearson. ^cPrueba exacta de Fisher.

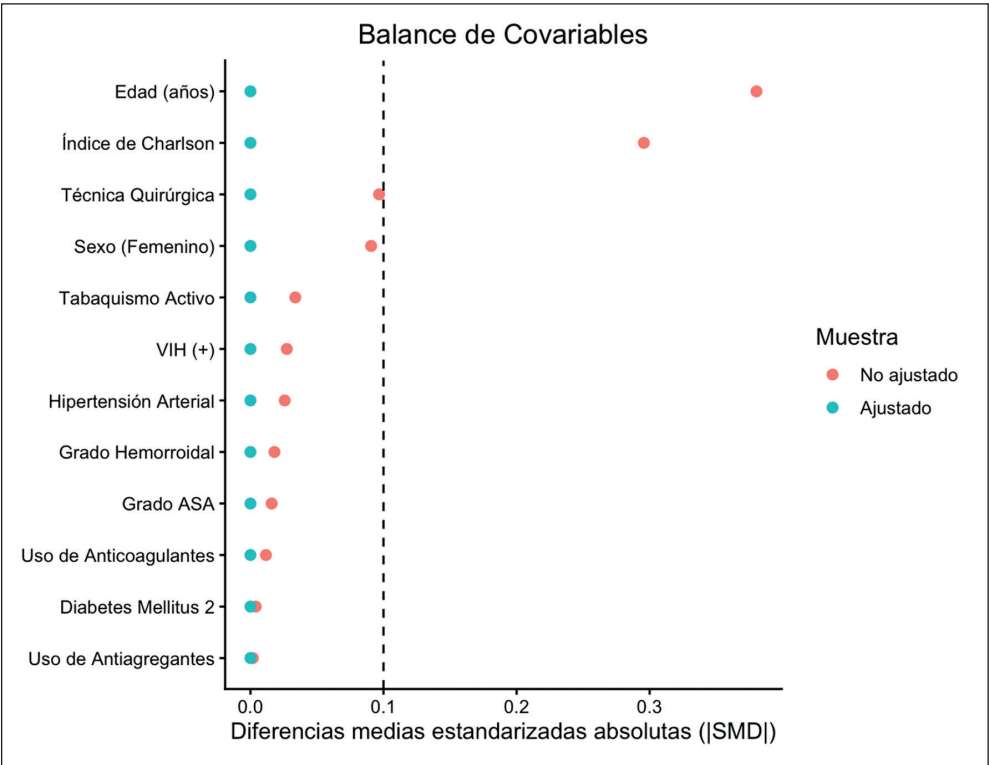


Figura 1. Balance de covariables mediante Diferencia de Medias Estandarizada (SMD). Los puntos rojos muestran el desbalance inicial (SMD > 0,1). Los puntos azules confirman el balance óptimo (SMD < 0,1) tras el ajuste por *Overlap Weighting*, asegurando la comparabilidad entre grupos.

Tabla 3. Análisis de seguridad ajustado: Riesgo de reintervención quirúrgica a 30 días

Modelo de análisis	Población de Estudio	Odds Ratio (IC 95%)	Valor p
I. Modelo Crudo	Cohorte total (n = 703)	0,57 (0,09 - 2,05)	0,456
II. Modelo de Ajuste <i>Overlap Weighting (ATO)</i>	Cohorte ponderada (n = 703)	0,70 (0,15 - 3,21)	0,642

^aModelo de propensión estimado con covariables preoperatorias clínicamente relevantes. Las variables operatorias se excluyeron del modelo principal por su potencial carácter mediador. Tras overlap weighting se obtuvo adecuado balance de covariables (SMD < 0,1). ESS total: 389,1.

Discusión

Esta es una de las series chilenas más extensas sobre resultados precoces de hemorroidectomía según modalidad de egreso. En nuestra cohorte, el manejo ambulatorio no se asoció a mayor reintervención quirúrgica no programada a 30 días ni a diferencias relevantes en rehospitalización global. Estos hallazgos coinciden con estudios observacionales^{8,9} y un ensayo aleatorizado¹¹ que no demostraron incrementos claros de readmisión tras el alta precoz en pacientes seleccionados.

Sin embargo, la interpretación de estos resultados debe ser necesariamente cautelosa. Los pacientes manejados de forma ambulatoria fueron más jóvenes y presentaron cirugías de menor magnitud, evidenciada por menor tiempo operatorio, menor número de paquetes resecados y menor uso de energía avanzada. En consecuencia, la principal limitación del estudio es la presencia de confusión por indicación o sesgo de selección clínicamente relevante, inherente a la decisión no aleatorizada de la modalidad de egreso. Aunque se utilizó ponderación por traslape para mejorar el balance de covariables preoperatorias medidas, esta estrategia no elimina la posibilidad de confusión residual por variables no medidas^{3,7}. Por ello, nuestros hallazgos no deben interpretarse como demostración de equivalencia entre ambos regímenes.

Un hallazgo clínicamente relevante fue que el patrón de rehospitalización observado en nuestra serie reprodujo lo descrito en estudios previos: el sangrado constituyó la causa específica más frecuente de rehospitalización y la principal causa de reintervención quirúrgica. Este perfil también ha sido reportado en otras cohortes de hemorroidectomía excisional^{3,7} y en revisiones de cirugía proctológica⁵.

En Chile, la cirugía proctológica ambulatoria ha mostrado factibilidad y baja morbilidad, aunque esos reportes incluyen patologías heterogéneas y no son directamente extrapolables a hemorroidectomía^{15,16}. En ese contexto, la evidencia nacional específicamente centrada en hemorroidectomía sigue

siendo limitada, y nuestra experiencia institucional previa ha mostrado que el sangrado es la complicación significativa más frecuente, particularmente en escenarios de mayor complejidad quirúrgica⁴.

La menor complejidad operatoria observada en el grupo ambulatorio es especialmente importante para interpretar nuestros resultados. La diferencia en la distribución de la técnica quirúrgica entre grupos refuerza la existencia de sesgo de selección clínico, ya que procedimientos potencialmente más complejos, como la hemorroidopexia grapada, se concentraron en el grupo hospitalizado. Tanto la literatura internacional^{3,7} como nuestra experiencia institucional previa⁴ han identificado que el sangrado significativo se asocia a mayor complejidad quirúrgica, incluyendo hemorroides grado III-IV, resección de tres o más paquetes y uso de energía avanzada o técnica PPH. En esta cohorte retrospectiva, la modalidad ambulatoria podría ser una alternativa factible en pacientes seleccionados tras evaluación clínica individual; sin embargo, esta interpretación debe considerarse observacional y no establece criterios definitivos de seguridad.

Además, parte de las complicaciones clínicamente significativas aparecen después de la ventana inicial de observación. La revisión de Vinson-Bonnet⁶ y el ensayo de Ho¹¹, sugieren que el alta el mismo día no empeora los resultados frente a la hospitalización convencional. En nuestra serie no hubo rehospitalizaciones ni reintervenciones dentro de las primeras 24 horas en el grupo ambulatorio, lo que cuestiona que una observación breve modifique el riesgo de eventos tardíos.

Desde una perspectiva asistencial, estrategias perioperatorias multimodales podrían facilitar el egreso ambulatorio y mejorar la tolerancia domiciliaria. El bloqueo del nervio pudendo¹⁷ y los protocolos multimodales^{18,19} han mostrado beneficios en cirugía anorrectal; sin embargo, nuestro estudio no fue diseñado para evaluar su efecto específico.

Este estudio presenta limitaciones importantes. En primer lugar, su diseño retrospectivo impide controlar de forma completa la asignación de la

modalidad de egreso y lo expone a confusión residual no medida. En segundo lugar, el bajo número de reintervenciones observado limita la precisión de las estimaciones y reduce la capacidad del estudio para detectar diferencias moderadas entre grupos, lo que se refleja en intervalos de confianza amplios. En consecuencia, la ausencia de asociación estadísticamente significativa no debe interpretarse como equivalencia clínica ni como prueba de no inferioridad entre ambos regímenes. En tercer lugar, pueden haberse subcaptado eventos menores o consultas realizadas fuera de la red institucional. Finalmente, no se dispuso de resultados reportados por los pacientes, como dolor cuantificado, calidad de vida o tiempo de retorno a la actividad habitual, que podrían aportar una visión más integral del impacto del régimen de egreso.

Entre las fortalezas del estudio destacan el tamaño de la cohorte, la definición operativa del régimen según estancia real y el uso de estrategias analíticas avanzadas para mejorar el balance de covariables preoperatorias medidas. Aunque estos métodos no sustituyen la comparabilidad de un estudio prospectivo, sí permiten una aproximación más rigurosa al problema clínico que la comparación cruda no ajustada.

Conclusión

En esta cohorte retrospectiva, la hemorroidectomía ambulatoria en pacientes seleccionados no se asoció a un aumento estadísticamente significativo de reintervención quirúrgica no programada a 30 días. De manera concordante, tampoco se observaron diferencias relevantes en la rehospitalización global. Sin embargo, las diferencias basales entre grupos y el bajo número de eventos obligan a interpretar estos hallazgos con cautela, como asociaciones observacionales y no como prueba de equivalencia entre ambos regímenes. Estos resultados apoyan la necesidad de una selección

clínica cuidadosa del egreso y de estudios prospectivos que permitan definir con mayor precisión qué pacientes pueden beneficiarse de una estrategia ambulatoria.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales: Estudio observacional retrospectivo, sin intervención sobre seres humanos ni animales.

Confidencialidad de los datos: Se resguardó la confidencialidad de los datos clínicos y el anonimato de los pacientes conforme a la normativa vigente.

Aprobación del Comité de Ética: El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Clínica INDISA.

Financiamiento: Este estudio no recibió financiamiento externo.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no presentar conflictos de interés relacionados con este manuscrito.

Declaración de Autoría

- Diego Gianetti Bahamonde: Conceptualización, Metodología, *Software*, Análisis formal, Investigación, Curación de datos, Redacción - Borrador original, Redacción - Revisión y edición, Visualización, Administración del proyecto.
- Florencia Pinto Galardoni: Investigación, Curación de datos, Redacción - Revisión y edición.
- Alejandro Readí Vallejos: Investigación, Redacción - Revisión y edición.
- Marcelo Rodríguez González: Investigación, Redacción - Revisión y edición.
- Gonzalo Campaña Villegas: Conceptualización, Metodología, Validación, Redacción - Revisión y edición, Supervisión.

Bibliografía

- Hawkins AT, Davis BR, Bhama AR, Fang SH, Dawes AJ, Feingold DL, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Hemorrhoids. *Dis Colon Rectum*. 2024;67(5):614-23. doi: 10.1097/DCR.0000000000003276
- Ashburn JH. Hemorrhoidal disease: a review. *JAMA* 2025;334(17):1541-50. doi:10.1001/jama.2025.13083.
- Siggins LA, Fagan PVB, Kim HM, Lin AY. Risk Factors for Readmission in Excisional Hemorrhoidectomy at a Tertiary Teaching Center. *J Surg Res*. 2024; 297:128-35. doi: 10.1016/j.jss.2024.02.013
- Pinto Gilardoni F, Monreal Fernández V, Readí Vallejos A, López Núñez S, Rodríguez González M, Campaña G. Evaluación de factores de riesgo asociados a complicaciones significativas posterior a hemorroidectomía. *Rev Cir*. 2025;77(1):21-8. doi:10.35687/s2452-454920250022376
- Fathallah N, Aubert M, Mege D. Unplanned re-hospitalizations in proctology. An update. *J Visc Surg*. 2025. doi: 10.1016/j.jvisc Surg.2025.07.006
- 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(4):437-45. doi: 10.1007/s00384-014-2073-x
- Xia W, Barazanchi AWH, MacFater W, Sammour T, Hill AG. Risk factors associated with unplanned readmission following excisional haemorrhoidectomy. *Colorectal Dis*. 2020 Feb;22(2):187-94. doi: 10.1111/codi.14852.
- Ascanelli S, Solari S, Rubbini M, Aisoni F, Forini ME, Carcoforo P. Impact of Ambulatory Surgery for Hemorrhoidal Disease on Clinical Outcomes and Institutional Costs. *J Coloproctol*. 2021;41(1):14-22. https://doi.org/10.1055/s-0041-1724062
- Xia W, Barazanchi AWH, MacFater W, Sammour T, Hill AG. Day case versus inpatient stay for excisional haemorrhoidectomy. *ANZ J Surg*. 2019;89(1-2): E5-E9. doi: 10.1111/ans.14838
- Elnaim ALK, Musa S, Wong MPK, Sagap I. A prospective interventional study on LigaSure™ haemorrhoidectomy as a daycare procedure. *Malays J Med Sci*. 2021;28(5):102-7. doi: 10.21315/mjms2021.28.5.10
- Ho YH, Lee J, Salleh I, Leong A, Eu KW, Seow-Choen F. Randomized controlled trial comparing same-day discharge with hospital stay following haemorrhoidectomy. *Aust N Z J Surg*. 1998;68(5):334-6. Doi: https://doi.org/10.1111/j.1445-2197.1998.tb04766.x
- Zhang S, Zhao Y, Wei Y, Jing G, Luo Y, Zhang S, et al. Comparison between day surgery and non-day surgery in the procedure for prolapse and hemorrhoids (grades III-IV) with MRI-assisted diagnosis: a retrospective cohort study. *Front Med*. 2025; 12:1653122. doi: 10.3389/fmed.2025.1653122.
- Law WL, Tung HM, Chu KW, Lee FC. Ambulatory stapled haemorrhoidectomy: a safe and feasible surgical technique. *Hong Kong Med J*. 2003;9(2):103-7.
- Cosenza UM, Conte S, Mari FS, Nigri G, Milillo A, Gasparrini M, et al. Stapled anopexy as a day surgery procedure: Our experience over 400 cases. *Surgeon*. 2013;11 Suppl 1: S10-3. doi: 10.1016/j.surge.2012.09.006.
- Vivanco A. J, Veyl Q. C, Ocares U. M, König P. C, Caselli M. G, Sepúlveda P. C, et al. Siete años de experiencia en pacientes intervenidos por patología proctológica bajo modalidad cirugía mayor ambulatoria y estudio del grado de satisfacción usuaria. *Rev Cir*. 2023;75(1):16-23. doi: 10.35687/s2452-454920230011621.
- Barrera E. A, Riquelme C. J, Lizana C. M, Bannura C. G, Zúñiga T. A. Cirugía ambulatoria electiva en patología proctológica. Experiencia prospectiva de 14 años en un hospital público docente. *Rev Cir*. 2019;71(4):293-8. doi: 10.4067/S2452-45492019000400293.
- Xia S, Luo L, Wu W, Lu K, Jiang T, Li Y. The role of pudendal nerve block in hemorrhoid surgery, a systematic review and meta-analysis of double-blind randomized controlled trials. *Front Med (Lausanne)*. 2023;10:1283512. doi: 10.3389/fmed.2023.1283512.s
- Yao LY, Parrish AB, Fleshner PR, Zaghiyan KN. Implementation of a Multimodal Enhanced Recovery Protocol in Ambulatory Anorectal Surgery: A Randomized Trial. *Dis Colon Rectum*. 2024;67(10):1304-12. doi:10.1097/DCR.0000000000003435.
- Gao Y, Wang M, Jiang Y. Summary of Evidence for Perioperative Management of Day Surgery Patients Undergoing Anorectal Surgery. *Nursing Open*. 2026;13: e70429. doi:10.1002/nop.270429.