

EXPECTATIVAS DE LOS PACIENTES EN LA CIRUGÍA DEL *HALLUX VALGUS*

R.M. Egea Gámez, M. Monteagudo de la Rosa, J.R. Prieto Martínez, A. López Hualda, F. Panizo Mota, A.M. Ferreté Barroso
Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica.
Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid)

La cirugía de *hallux valgus* (HV) es una de las más comunes en nuestro medio. El objetivo principal de este trabajo es determinar las expectativas preoperatorias de los pacientes que se van a intervenir de HV y analizar el grado de entendimiento, mediante un cuestionario, de lo explicado en las consultas de traumatología.

Para ello se facilitó, por correo convencional, una encuesta a todos los pacientes que iban a ser intervenidos de cirugía de HV. El cuestionario comprendía distintas variables como la edad, el sexo, el pie que iba a ser intervenido y distintas preguntas relacionadas con la intervención, los cuidados postoperatorios y la recuperación tras la cirugía.

Se revisaron un total de 50 pacientes, los cuales indicaron, en el cuestionario facilitado, que el principal motivo por el que deseaban la cirugía era para conseguir una disminución del dolor, seguido de mejora para la marcha y la utilización de calzado convencional.

Es importante tener en cuenta las expectativas prequirúrgicas del paciente para así mejorar los resultados de la cirugía de HV. Es necesario hacer mayor hincapié en la explicación de la intervención así como de los cuidados posteriores ya que, en la mayoría de los casos, los pacientes desconocen el protocolo a seguir. De esta manera mejoraremos la calidad asistencial y la satisfacción de nuestra población.

PALABRAS CLAVE: *Hallux valgus. Satisfacción del paciente. Articulación metatarsofalángica.*

PATIENT EXPECTATIONS ON *HALLUX VALGUS* SURGERY

Hallux valgus is one of the most common cases in orthopaedic surgery. The main two objectives are: (i) to assess the preoperative expectations of patients and, (ii) to analysis the degree of understanding of these patients.

For that, it has been elaborated a survey remitted by postal mail. The survey includes different variables such as: age, sex, foot with pathology, postoperative care and recovery after surgery.

Fifty patients were analyzed. The most important expectation was reduced pain, followed by improved walking and wearing daily shoes.

The results show how a better communications between patients and surgeons is needed. Therefore, it is important to take into account the preoperative expectations of patients with the aim to improve outcomes of surgery for *hallux valgus*.

KEY WORDS: *Hallux valgus. Patient satisfaction. Metatarsophalangeal joint.*

INTRODUCCIÓN

El *hallux valgus* (HV) es una de las patologías más frecuentes en las consultas de cirugía ortopédica y traumatología. Su

incidencia es muy alta, sobre todo en mujeres con edades comprendidas entre los 40 y los 60 años. La mayoría de los estudios sobre HV⁽¹⁻⁵⁾ hacen referencia a resultados radiológicos y funcionales de los paciente intervenidos, pero muy pocos analizan el cumplimiento o no de las expectativas de nuestra población⁽⁶⁻⁸⁾. Es importante conseguir transmitir a nuestros pacientes una óptima información acerca de la patología y la intervención a la que se van a someter, conociendo sus expectativas preoperatorias para que, de este modo, podamos mejorar su grado de satisfacción tras la cirugía. En nuestro estudio nos vamos a centrar en aquellos pacientes que presentan HV y que van a ser intervenidos

Correspondencia:

Dra. Rosa María Egea Gámez
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
c/ Budapest, 1. 28922 Alcorcón (Madrid)
Correo electrónico: reggamd@yahoo.es

Fecha de recepción: 31/07/2012

* Premio Antonio Viladot a la mejor comunicación de la mesa de residentes del XXXIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina y Cirugía del Pie y Tobillo (SEMCPT). Granada; 16 y 17 de junio de 2011

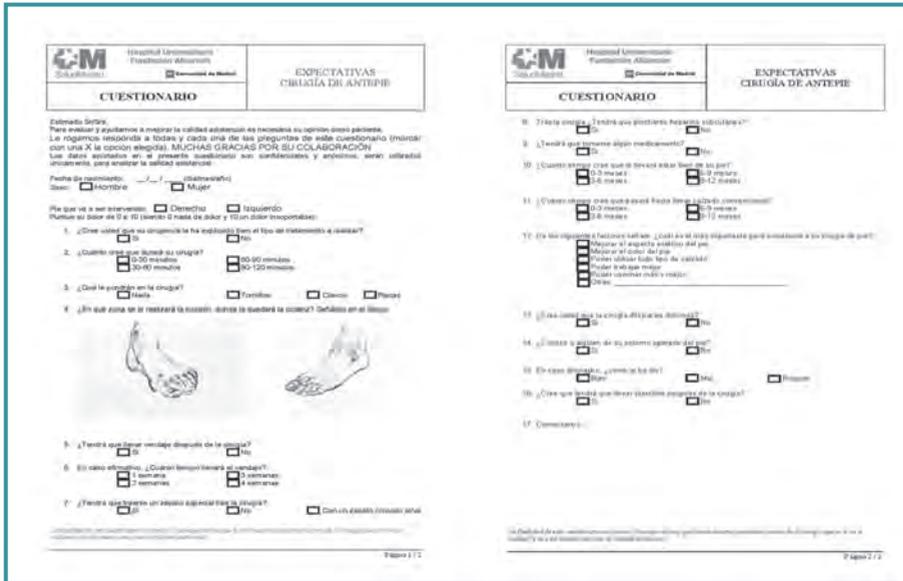


Figura 1. Cuestionario mandado a la población de estudio (elaboración propia).
 Figure 1. Questionnaire sent to the study population (homemade).

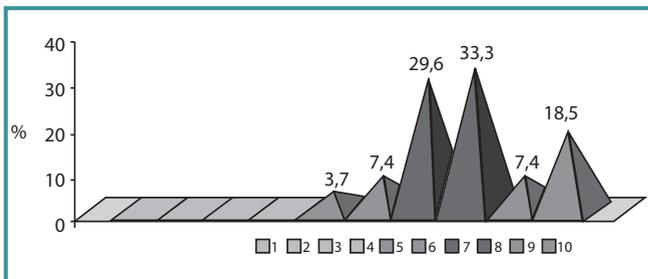


Figura 2. Media de dolor prequirúrgico según la EVA.
 Figure 2. Mean preoperative pain (VAS).

mediante cirugía abierta en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón. El objetivo general es determinar las expectativas preoperatorias de los pacientes que se van a intervenir de HV y analizar su nivel de comprensión, mediante un cuestionario, de lo explicado en las consultas de traumatología. Como objetivo específico analizaremos cómo varían los resultados según algunas variables.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron todos aquellos pacientes que iban a ser intervenidos de HV en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón, incluidos en lista de espera desde noviembre de 2010 hasta febrero de 2011. Se excluyeron las recidivas de cirugías previas, artritis reumatoide y HV juvenil. Se facilitó, por correo

convencional, una encuesta a la población de estudio en el momento de su inclusión en la lista de espera quirúrgica (Figura 1). El cuestionario comprende distintas variables como la edad, el sexo, el pie que va a ser intervenido y preguntas relacionadas con la intervención (tipo de fijación), los cuidados postoperatorios (tiempo de inmovilización con vendaje, utilización de heparinas, zapato de tacón invertido) y la recuperación tras la cirugía. A todos los pacientes se les interrogó sobre el principal motivo por el que se operaban –para mejorar el dolor, la marcha, el aspecto estético del pie, poder utilizar calzado convencional...– con el fin de conocer las expectativas preoperatorias de nuestra población. Dichas encuestas fueron contestadas de manera anónima.

En la fase de análisis se realizó un descriptivo, utilizando la distribución de frecuencias en el caso de las variables cualitativas, y las medidas de posición y dispersión en el caso de las variables cuantitativas, la media y desviación típica en las que siguen una distribución normal, y la mediana y el rango intercuartílico si fuesen no normales. Se empleó el paquete estadístico SPSS versión 12.

RESULTADOS

Se envió un total de 59 cartas, y se recibieron contestadas 50, de las cuales 2 se excluyeron, al estar devueltas todas las preguntas en blanco.

Los resultados demográficos que obtuvimos fueron los siguientes: un 91,5% (43) eran mujeres. La edad media de la población fue de 62 años (intervalo: 32-81). En el 53,2% (25) de los casos el pie afectado era el derecho. El 20% (10) de nuestros pacientes ya había sido intervenido del pie contralateral.

La media de dolor prequirúrgico según la escala visual analógica (EVA) fue de 7,89 (desviación estándar: 1,34). Casi el 63% de nuestra población presentó un EVA previo a la cirugía de entre 7 y 8 (Figura 2).

A la pregunta 4 (“¿En qué zona se le realizará la incisión, dónde le quedará la cicatriz? Señálelo en el dibujo”), el 58,3% de la muestra dibujó una incisión medial sobre el bunion, el 22,9% dorsal a la articulación metatarsofalángica, 1 paciente (2,1%) indicó que la incisión sería plantar y el 16,7% restante no contestó la pregunta (Tabla 1).

Los resultados de las variables dicotómicas (respuesta Sí/No) se representan en la Figura 3. Ante la pregunta “¿Cree

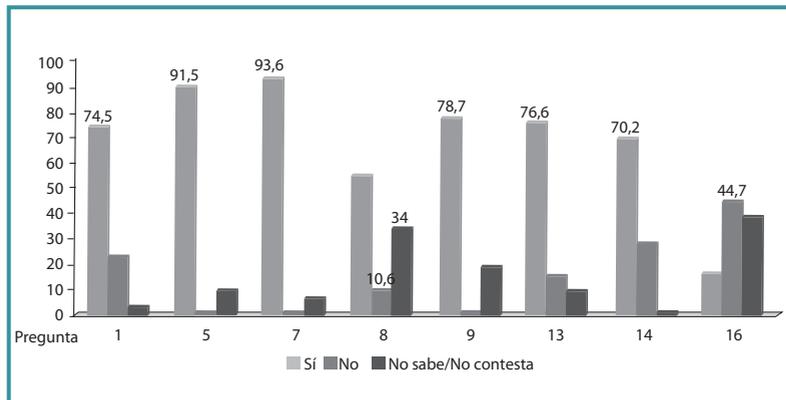


Figura 3. Resultados de las variables dicotómicas.
Figure 3. Results of dichotomous variables.

Incisión	Porcentaje
Medial	58,3
Dorsal	22,9
Plantar	2,1
No sabe/No contesta	16,7

	Tiempo	Porcentaje
Pregunta 2: tiempo quirúrgico	0-30 min	8,6
	30-60 min	54,3
	60-90 min	28,6
	90-120 min	8,6
Pregunta 6: tiempo de vendaje	1 sem.	6,4
	2 sem.	21,3
	3 sem.	19,1
	4 sem.	25,5
	No sabe/No contesta	27,7
Pregunta 10: tiempo hasta estar bien	0-3 meses	55,3
	3-6 meses	14,9
	6-9 meses	10,6
	9-12 meses	2,1
	No sabe/No contesta	17
Pregunta 11: tiempo hasta usar zapato habitual	0-3 meses	36,2
	3-6 meses	27,7
	6-9 meses	10,6
	9-12 meses	2,1
	No sabe/No contesta	23,4

usted que su cirujano/a le ha explicado bien el tipo de tratamiento a realizar?”, el 74,5% de los pacientes contestaron que sí. En los ya operados previamente se encontró que el 100% consideraba que la explicación de su cirujano había sido óptima en comparación con el 70% de los no operados, lo que se acerca a la significación estadística, P de Fisher (p = 0,08).

En la pregunta 5, “¿Tendrá que llevar vendaje después de la cirugía?”, el 91,5% contestó que sí, mientras que el porcentaje restante no contestó a esta pregunta. En la pregunta 7, “¿Tendrá que traerse un zapato especial tras la cirugía?”, el 93,6% indicó que sí precisarían un tipo de zapato especial. El 47% (22) de los pacientes no sabían que precisarían heparina posquirúrgica (pregunta 8: “Tras la cirugía, ¿tendrá que pincharse heparina subcutánea?”). El 78,7% de los preguntados indicaron que necesitarían algún tipo de medicación tras la cirugía (pregunta 9).

Tras preguntar a nuestra población si pensaban si la cirugía era dolorosa o no (pregunta 13), el 76,6% contestó que sí lo era. El 70% de los pacientes conocían a alguien intervenido previamente (pregunta 14). De dichos conocidos, el 46,8% estaba satisfecho con los resultados. Ante la pregunta 16, “¿Cree que tendrá que llevar plantillas después de la cirugía?”, el 44,7% de los pacientes creen que no tendrán que llevar plantillas, aunque el número de pacientes que no saben o no contestan se eleva hasta el 38,3%. A las preguntas 2, 6, 10 y 11 (“¿Cuánto cree que durará su cirugía?”, “¿Cuánto tiempo llevará el vendaje?”, “¿Cuánto tiempo cree que le llevará estar bien de su pie?”, “¿Cuánto tiempo cree que pasará hasta llevar calzado convencional?”) el 54,3% de los pacientes contestaron que el tiempo de su cirugía sería de 30 a 60 minutos, y el 25,5% de los casos respondieron que el tiempo estimado de inmovilización con vendaje sería de 4 semanas. El 27,7% no contestó esta última pregunta. El 55,3% de los pacientes preguntados consideraron que en unos 3 meses ya estarían bien de su pie, y el 36,2%, que tardarían en llevar calzado convencional ese mismo tiempo (Tabla 2).

A la pregunta número 3, “¿Qué tipo de fijación se utilizará en su cirugía?”, el 38,3% de nuestra población contestó que no se le pondría ningún tipo de osteosíntesis, y el 29,8%, que no sabía. En cuanto al resto de la muestra, el 23,4% pensaba que su intervención se fijaría mediante tornillos, y el 8,5% con clavos. Las preguntas 10, 11 y 12 aportan información acerca de las expectativas preoperatorias de nuestra población, cuánto tiempo consideran los pacientes que van a tardar en encontrarse bien, el tiempo que transcurrirá hasta calzar un zapato habitual y los principales motivos por los que se han decidido a someterse a la intervención.

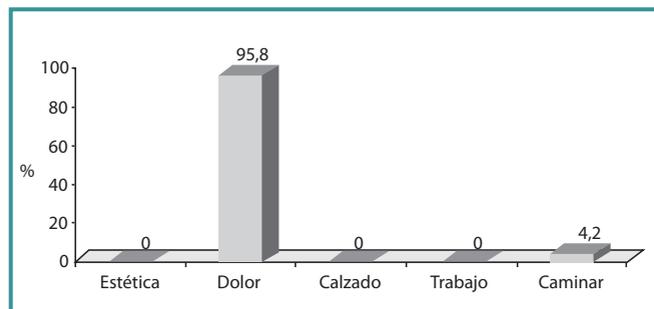


Figura 4. Principales motivos de la muestra para decidirse a la intervención (respuesta única).

Figure 4. Sample main reasons for deciding to intervention (single answer).

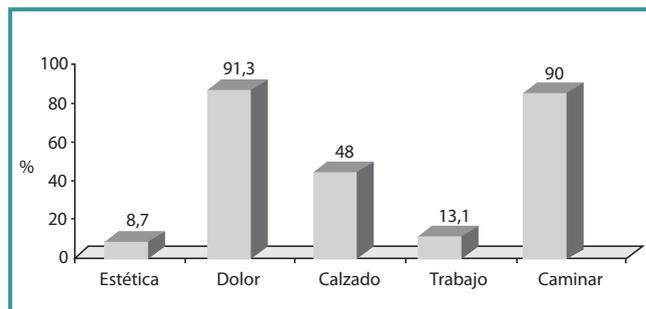


Figura 5. Principales motivos de la muestra para decidirse a la intervención (respuesta múltiple).

Figure 5. Sample main reasons for deciding to intervention (multiple answer).

Tabla 3. Resultados estadísticamente significativos al comparar pacientes informados por cirujanos pertenecientes a la Unidad de Pie y Tobillo versus otros cirujanos ortopédicos

	Informados por Unidad de Pie y Tobillo		Informados por otros cirujanos ortopédicos	
	Pregunta 2: tiempo quirúrgico	60-90 min	50%	30-60 min
Pregunta 6: tiempo de vendaje	2-3 sem.	82,4%	1-2 sem.	55,6%

Analizaremos con mayor profundidad la pregunta número 12, ya que nos ofrece una aproximación de la idea inicial que tiene nuestra población sobre la cirugía y de lo que quieren conseguir con la misma (pregunta 12: "De los siguientes factores señale: ¿cuál es el más importante para someterse a su cirugía de pie?"). En global, el 51,1% de los pacientes eligieron una sola opción. De ellos, el 95,8% eligió la disminución del dolor, y el 4,2% restante, la mejora de la marcha (Figura 4). De los que eligieron más de un motivo (48,9%), obtenemos los siguientes datos, representados en la Figura 5: el 91,3% de los pacientes indicaban el dolor como el motivo más importante por el que se operaban, el 90%, para lograr una mejoría en la marcha, el 48%, para poder utilizar calzado convencional, el 13,1%, para trabajar mejor, y un menor porcentaje (8,7%), para mejorar la estética. Al comparar las expectativas elegidas por nuestra población según el sexo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$), debido al escaso tamaño de varones (5) en nuestra muestra.

Al dividir la población en intervalos de edad (menores de 40 años, 40-60 años y mayores de 60 años) tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las expectativas, excepto en la número 4, para

trabajar mejor, en la que el 49,6% de la población menor de 40 años la marcó como importante ($p = 0,044$).

Al analizar los cirujanos que informaron a los pacientes incluidos en el estudio, encontramos que el 52% (25) de los pacientes fue informado por un cirujano perteneciente a la Unidad de Pie y Tobillo, por lo que decidimos comparar una población con otra para ver si encontrábamos diferencias, pero no se encontraron diferencias significativas entre ambas poblaciones, sino sólo en las respuestas de tiempo quirúrgico estimado y tiempo de inmovilización con vendaje ($p < 0,05$). Con respecto al tiempo quirúrgico estimado, el 50% de los pacientes informados por la Unidad de Pie y Tobillo pensaban que la cirugía duraría de 60 a 90 minutos, mientras que el 76,5% de los pacientes informados por otros cirujanos estimaban una duración de entre 30 y 60 minutos. El 82,4% de los pacientes informados por la Unidad de Pie y Tobillo contemplaron un tiempo de inmovilización con vendaje de 3 a 4 semanas de duración, mientras que el 55,6% de los pacientes informados por otros cirujanos estimaron una inmovilización de 1 a 2 semanas (Tabla 3). Al comparar los pacientes ya intervenidos del pie contralateral (20%) con la población no intervenida, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los apartados ($p > 0,05$).

DISCUSIÓN

Existen numerosos artículos⁽¹⁻⁵⁾ en los que se describen resultados radiológicos y funcionales de distintas técnicas quirúrgicas en la cirugía del HV. Sin embargo, el número de publicaciones relativas a la comprensión de lo explicado en la consulta y de las expectativas prequirúrgicas de los pacientes afectados por esta patología es mucho más reducido.

En lo referente a las expectativas de los pacientes, existe bibliografía⁽⁶⁻⁸⁾ que analiza los motivos principales por los que

Tabla 4. Expectativas prequirúrgicas y comparativa con otros autores

Tai <i>et al.</i>	Mejoría de la marcha	Alivio del dolor	Uso de calzado convencional
Schneider <i>et al.</i>	Alivio del dolor	Uso de calzado convencional	Alivio de la bursitis
Bellacosa <i>et al.</i>	Alivio del dolor	Uso de calzado convencional	Estética
Datos propios	Alivio del dolor	Mejoría de la marcha	Uso de calzado convencional

Tabla 5. Expectativas prequirúrgicas según intervalos de edad

	Tai <i>et al.</i>		Datos propios	
< 40 años	1	Mejoría de la marcha	1	Alivio del dolor
	2	Alivio del dolor	2	Mejoría de la marcha
	3	Uso de calzado convencional	3	Trabajar mejor
40-60 años	1	Alivio del dolor	1	Alivio del dolor
	2	Uso de calzado convencional	2	Mejoría de la marcha
	3	Mejoría de la marcha	3	Uso de calzado convencional
> 60 años	1	Mejoría de la marcha	1	Alivio del dolor
	2	Uso de calzado convencional	2	Mejoría de la marcha
	3	Realizar deporte	3	Uso de calzado convencional

se deciden intervenir los pacientes y los compara con escalas funcionales, SF-36, AOFAS... Tanto en estos artículos como en nuestros resultados, podemos ver que la mayoría de nuestros pacientes señalan como finalidad principal de la cirugía el alivio del dolor.

Al realizar una comparativa de nuestros resultados con los de otros autores, podemos ver que la prioridad de los pacientes, a la hora de tomar la decisión de la intervención quirúrgica, es el alivio del dolor (Tabla 4).

Las principales expectativas que eligieron los pacientes según intervalos de edad, en nuestra muestra, son similares a las de otros autores, como Tai *et al.*⁽⁶⁾ (Tabla 5).

Si comparamos la bibliografía referente a las expectativas de los pacientes en otros campos de la cirugía ortopédica,

encontramos un número elevado de trabajos acerca de la artroplastia de rodilla y cadera⁽⁹⁻¹¹⁾, la cirugía de columna⁽¹²⁾ y la ligamentoplastia de cruzado anterior⁽¹³⁾, mientras que en el campo del pie y tobillo el número de estudios es menor. En todos estos trabajos, relacionados con las expectativas de los pacientes, se llega a la conclusión de que es primordial la buena comunicación con los pacientes antes de la cirugía, explicándoles tanto la intervención como el postoperatorio, así como conocer la causa por la que se opera, para así conseguir una mayor satisfacción por parte de los pacientes.

En nuestro estudio no sólo analizamos el motivo principal por el que se intervienen los pacientes para conseguir ajustar las expectativas de los mismos, sino también el grado de entendimiento de lo comunicado en la consulta de traumatología previa a la cirugía. De ese modo nos podemos fijar en qué aspectos tendríamos que resaltar, para que de esta manera el paciente consiga una idea más real de la intervención y del postoperatorio de la cirugía de HV.

Bellacosa *et al.*⁽⁸⁾ también realizan un estudio del postoperatorio que tienen en mente sus pacientes. Como resultados destacan que el tiempo esperado de incorporación laboral será de 4,5 semanas de media (0,5-12), hasta utilizar un calzado convencional, 6 semanas (2-12), y para realizar de nuevo deporte, 6 semanas (2-16). En nuestros resultados, el 55,3% de la muestra piensa que tardará en encontrarse bien un intervalo de 0-3 meses, y en el 36,2% de los casos, ese mismo tiempo en llevar un zapato habitual.

Este estudio constará de una segunda fase que se realizará tras la intervención de estos pacientes para analizar si se han satisfecho sus expectativas. Las limitaciones de este trabajo residen en el pequeño tamaño muestral: habría que aumentar la muestra para obtener unos resultados con mayor significación estadística.

CONCLUSIONES

Es importante tener en cuenta las expectativas prequirúrgicas del paciente para así mejorar los resultados de la cirugía de HV. Es necesario hacer mayor hincapié en la explicación de la intervención así como de los cuidados posteriores, ya que en la mayoría de los casos los pacientes desconocen el protocolo a seguir. Con ello mejoraría el grado de satisfacción de nuestra población y la percepción del procedimiento, ajustándolo a sus expectativas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lim JB, Huntley JS. Revisional surgery for hallux valgus with serial osteotomies at two levels. *Scientific World Journal* 2011; 11: 657-61.
2. Waizy H, Stukenborg-Colsman C, Abbara-Czardybon M, Emmerich J, Windhagen H, Frank D. [A special soft tissue

- procedure for treatment of hallux valgus]. *Oper Orthop Traumatol* 2011; 23: 46-51.
3. Lagaay PM, Hamilton GA, Ford LA, Williams ME, Rush SM, Schuberth JM. Rates of revision surgery using Chevron-Austin osteotomy, Lapidus arthrodesis, and closing base wedge osteotomy for correction of hallux valgus deformity. *J Foot Ankle Surg* 2008; 47: 267-72.
 4. Deenik A, van Mameren H, de Visser E, de Waal Malefijt M, Draijer F, de Bie R. Equivalent correction in scarf and chevron osteotomy in moderate and severe hallux valgus: a randomized controlled trial. *Foot Ankle Int* 2008; 29: 1209-15.
 5. Srivastava S, Chockalingam N, El Fakhri T. Radiographic angles in hallux valgus: comparison between manual and computer-assisted measurements. *J Foot Ankle Surg* 2010; 49: 523-8.
 6. Tai CC, Ridgeway S, Ramachandran M, Ng VA, Devic N, Singh D. Patient expectations for hallux valgus surgery. *J Orthop Surg* 2008; 16: 91-5.
 7. Schneider W, Knahr K. Surgery for hallux valgus. The expectations of patients and surgeons. *Int Orthop* 2001; 25: 382-5.
 8. Bellacosa RA, Pollak RA. Patient expectations of elective foot surgery. *J Foot Ankle Surg* 1993; 32: 580-3.
 9. Johnson MR, Singh JA, Stewart T, Gioe TJ. Patient understanding and satisfaction in informed consent for total knee arthroplasty: a randomized study. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011 Apr 11. doi: 10.1002.
 10. Van den Akker-Scheek I, van Raay JJ, Reininga IH, Bulstra SK, Zijlstra W, Stevens M. Reliability and concurrent validity of the Dutch hip and knee replacement expectations surveys. *BMC Musculoskelet Disord* 2010; 11: 242.
 11. Suda AJ, Seeger JB, Bitsch RG, Krueger M, Clarius M. Are patients' expectations of hip and knee arthroplasty fulfilled? A prospective study of 130 patients. *Orthopedics* 2010; 33: 76-80.
 12. Davidson D, Noonan VK, Dvorak MF, Zhang H, Fisher CG. The impact of patient expectations on outcome following treatment for spinal trauma: Part 1: What are spine surgeons telling their patients? *Spine (Phila Pa 1976)* 2010; 35: 1807-11.
 13. Nimmaanrat S, Tangtrakulwanich B, Wanasuwannakul T, Boonriong T. Expectations, experiences and attitudes of orthopedic patients undergoing arthroscopic cruciate ligament reconstruction toward postoperative pain and its management. *J Med Assoc Thai* 2010; 93: 1268-73.