

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Cirugía



CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA
SALUD EN PACIENTES DE UN PROGRAMA DE
CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA.

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR PRESENTADA POR

Clara Isabel Ruiz Gorjón

Bajo la dirección de los doctores

D. José Sánchez Fernández
D. Francisco Lozano Sánchez

Salamanca, 2015

Prof. Dr. D. Francisco Lozano Sánchez, Director del Departamento de Cirugía de la Universidad de Salamanca

CERTIFICA:

Que la presente tesis doctoral, titulada: “CALIDAD DE VIDA REALACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA” realizada por Dña. Clara Isabel Ruiz Gorjón, para optar al Grado de Doctor en Medicina y Cirugía por esta Universidad, cumple todos los requisitos para su presentación y defensa ante el tribunal calificador.

Y para que conste, en cumplimiento de la normativa vigente, expido el presente certificado en Salamanca a 15 de Enero de 2015.

Fdo.: Dr. D. Francisco Lozano Sánchez

D. José Sánchez Fernández, Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Salamanca.

D. Francisco Lozano Sánchez, Doctor en Medicina y Cirugía y Catedrático de Angiología y Cirugía Vascular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca.

CERTIFICAN:

Que la memoria de la tesis doctoral que presenta Dña. Clara Isabel Ruiz Gorjón a superior juicio del tribunal que la Comisión de Doctorado de la Universidad de Salamanca designe, sobre el tema “CALIDAD DE VIDA REALACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA” ha sido realizada bajo su supervisión, reuniendo a su juicio las condiciones necesarias para su presentación y posterior defensa en sesión pública ante el mencionado tribunal.

Y para que conste, en cumplimiento de la normativa vigente, expido el presente certificado en Salamanca a 15 de Enero de 2015.

Fdo.: Dr. D. José Sánchez Fernández

Fdo.: Dr. D. Francisco Lozano Sánchez.

“La Salud es la unidad que da valor a todos los ceros de la vida”

Bernard Le Bouvier de Fontenelle

A mi pequeña familia

AGRADECIMIENTOS

A Dr. D. José Sánchez Fernández director de esta tesis por su gran implicación y entusiasmo en este proyecto, sus ánimos continuos, su tenacidad y empeño, su apoyo incesante y su disponibilidad absoluta a la hora de sacar adelante este proyecto.

A Dr. D Francisco Lozano Sánchez, codirector de esta tesis, por su apoyo y estímulo, su dedicación al proyecto, magníficos consejos e impulso en el trabajo.

A los pacientes que nos han ayudado en este estudio cumplimentando los cuestionarios.

A mi familia, por su ayuda y ánimos en todo momento no permitiendo que desfallezca en mi empeño, creyendo en mi capacidad para sacarlo adelante y regalándome el tiempo necesario que les correspondía a ellos.

A mi marido Omar, por ser un ejemplo de superación para mi y compartir y caminar juntos en este proyecto y en todos los de nuestra vida.

A mis hijos, Clara y Omar, por su sonrisa inocente y su infinito cariño que me estimula a ser mejor persona y a que todo tenga sentido.

ÍNDICE

1- INTRODUCCIÓN	12
2- ESTADO ACTUAL.....	15
2.1 Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)	16
2.1.1 Evolución Histórica de la CMA	16
2.1.2 Definición y características de CMA	18
2.1.3 Tipos de Unidades	20
2.1.4 Ventajas	21
2.1.5 Desventajas.....	22
2.1.6 Indicadores de control de Calidad	23
2.1.7 Procedimientos comunes.....	24
2.1.8 Índices Epidemiológicos	26
2.2 Calidad de Vida (CV)	27
2.2.1 Definición de CV.....	27
2.2.2 Dimensiones	28
2.2.3 Importancia del estudio de la CV	29
2.2.4 Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)	30
2.2.4.1 Importancia actual y ventajas que puede aportar	30
2.2.4.2 Medición de CVRS	31
2.2.4.3 Métodos de Medición de CV y CVRS	32
2.2.4.4 Características de los Cuestionarios de Medición.....	34

2.3 Cuestionario SF-36.....	35
2.3.1 Definición.....	35
2.3.2 Características y descripción.....	36
2.3.3 Ventajas.....	47
2.3.4 Validación del SF 36 como método de medida de CVRS	47
2.3.5 Traducción a diferentes idiomas.....	48
2.3.6 Proceso de traducción y validación de la versión española.....	48
2.3.7 Medición de la CVRS con el cuestionario SF-36 en España	50
3- JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS.....	51
4- OBJETIVOS	54
5- PACIENTES Y MÉTODOS.....	56
5.1 Pacientes.....	57
5.2 Métodos.....	58
6- RESULTADOS.....	64
6.1 Tablas	66
6.2 Figuras.....	80
7- DISCUSION	90
7.1 Aspectos generales y metodológicos.....	91
7.2 Resultados globales	93
7.3 ¿El punto de partida, antes de la cirugía, influye en los resultados postoperatorios finales de CVRS?.....	95

7.4 Resultados específicos.....	97
7.4.1 ¿Existen diferencias por edad o sexo?.....	97
7.4.2 ¿Diferencias entre patologías?.....	98
7.4.3 ¿influencia de la técnica quirúrgica?.....	100
7.4.4 ¿Influencia de la presencia de complicaciones?.....	101
7.4.5 Resumen de resultados específicos.....	103
7.5 Limitaciones del estudio.....	103
8- CONCLUSIONES.....	104
9- BIBLIOGRAFÍA.....	107

ABREVIATURAS

ASA	American Society of Anesthesiologists
ASECMA	Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria
CCS	Caroline Comfort Scale
CG	Cirugía General
CHAL	Calidad de Vida en Hipertensión
CMA	Cirugía Mayor Ambulatoria
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos
cols.	colaboradores
CV	Calidad de Vida
CVRS	Calidad de Vida Relacionada con la Salud
DC	Dolor Corporal
DS	Desviación Estándar
ECVI	Escala de Calidad de Vida para el Ictus
EEUU	Estados Unidos
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
EQ-5D	Euro Quality five Dimensions
etc	etcétera
EuroQoL Group	Euro Quality of Life Group
FF	Función Física
FS	Función Social
HI	Hernia Inguinal
HIU	Hernias Inguinales Unilaterales
IC	Intervalo de Confianza
IQOLA	International Quality of Life Assessment
IS	Índice de Sustitución
KDQOL-SF 36	Kidney Disease Quality of Life instrument- Short Form 36
MAP	Medico de Atención Primaria
MCS	Mental Composite Score
MOS	Medical Outcome Study
MRD	Mallas de Red
NHP	Nottingham Health Profile

PCS	Physical Composite Score
p.ej	por ejemplo
PHS	Prolene Hernia System
Pob.Esp.Sana	Población Española Sana
QP	Quistes Pilonidales
RE	Rol Emocional
RF	Rol Físico
RF	Resumen Físico
RM	Resumen Mental
SF-36	Short-form (Health Survey) -36
SG	Salud General
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SM	Salud Mental
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TIPP	Transinguinal Preperitoneal
VAS	Visual Analog Scale
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VT	Vitalidad
WHOQOL Group	World Health Organization Quality of Life Group
WOMAC	Cuestionario Western Ontario and McMaster Universities Arthritis
WONCA	World Organization of Family Doctors

1. INTRODUCCIÓN

1- INTRODUCCIÓN

Denominamos Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) a la realización de procesos quirúrgicos que requieren cuidados hospitalarios postoperatorios cortos en el tiempo, por lo cual pueden ser dados de alta a las pocas horas del procedimiento, sin que el paciente pase la noche en el hospital¹. En nuestro país la cirugía sin ingreso se ha convertido en los últimos tiempos en uno de los protagonistas del nuevo estilo de gestión asistencial². En la evolución de estos modelos de gestión sanitaria también ha cobrado especial fuerza la satisfacción de los usuarios de la salud convirtiéndose en un objetivo prioritario de los mismos³.

La implantación de la CMA en el mundo es un hecho incuestionable con una clara tendencia al incremento. Su aceptación es plena tanto por el colectivo médico y los servicios de gestión como por la sociedad debido a los beneficios que aporta a los sistemas de salud y al propio paciente.

Por otra parte podríamos definir Calidad de Vida (CV) como un concepto que integra el bienestar físico, mental, ambiental y social tal como es percibido por cada individuo y cada grupo.

Depende también de las características del medio ambiente en que el proceso tiene lugar (urbano, rural).

El interés por la CV ha existido desde tiempos inmemoriales pero la aparición del concepto en sí y su estudio de forma científica es relativamente reciente⁴. Uno de los pilares para una buena CV es la Salud (Dimensión Física de la Calidad de Vida). Debido al auge que tiene la preocupación por la CV y su evaluación científica se ha creado un nuevo término en las ciencias de la salud: Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS).

La meta en la atención sanitaria ya no está solo en curar la enfermedad sino en mejorar la calidad de vida del paciente¹. Cada vez se pone más énfasis en la calidad que en la cantidad de años vividos sin que ello excluya lo segundo⁵.

Todo esto ha supuesto numerosos trabajos de investigación y ha dado paso a una nueva manera de valorar los datos y resultados de las intervenciones sanitarias convirtiéndose en un índice de calidad asistencial en el que ocupa un lugar destacado la opinión de los pacientes y la incidencia de las actividades sanitarias en su vida.

Para evaluar la CVRS han surgido una serie de instrumentos de medición adecuados a las características específicas del término.

La CVRS es un concepto subjetivo y multidimensional que solo puede ser valorado por el propio paciente. La medición consiste en la respuesta por parte del paciente a unos cuestionarios específicos, pudiéndose así objetivar y dar un valor cuantitativo de lo que representa la CVRS, en un momento puntual de su vida⁶. Hay dos tipos de cuestionarios: los genéricos o inespecíficos y los específicos o de enfermedad que están diseñados para aplicarlos a un proceso concreto. El empleo de estos cuestionarios sobre CVRS necesita su validación para cada lengua y cultura⁷. El cuestionario más difundido en la bibliografía médica y que es el utilizado por nosotros es el Health Survey Short-Form (SF 36), desarrollado por Ware y Sherourne a principios de los noventa del siglo pasado⁸ y validado en versión española por Alonso en 1995⁹. Se trata de un cuestionario genérico de medida de CVRS muy utilizado por su comodidad, facilidad y validez¹⁰. Mediante la respuesta a 36 preguntas se miden ocho conceptos genéricos sobre salud: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental y un ítem de transición que pregunta sobre el estado de salud general respecto al año anterior¹¹.

La CMA y la CVRS son dos procedimientos en boga por los beneficios que suponen a los pacientes, al personal sanitario, a las entidades gestoras sanitarias y a la población en general por lo que un estudio que los relacione creemos que tiene interés.

2. ESTADO ACTUAL

2- ESTADO ACTUAL

2.1 Cirugía Mayor Ambulatoria

2.1.1 Evolución Histórica de la CMA

La CMA es la forma más ancestral de cirugía que conocemos. El hombre aprendió antes a operar que a escribir y dejar registro de sus operaciones¹².

Los enfermos eran operados y se recuperaban en su hogar. Una vez que se crearon los hospitales, los pacientes permanecían ingresados después de las intervenciones quirúrgicas hasta su recuperación y era increíble pensar que un paciente intervenido de una hernia inguinal podría ser dado de alta el mismo día de la intervención continuando sus cuidados en su domicilio¹². Hoy en día esto es una práctica habitual en la actividad quirúrgica de la mayoría de los hospitales españoles.

La Cirugía Ambulatoria nace como sistema organizado a mediados de siglo XX en Inglaterra por iniciativa del Sistema Público de Salud para solucionar las demoras en procesos quirúrgicos.

Es en 1909 en Glasgow cuando Nicoll realizó las primeras cirugías sin ingreso en niños. Publica sus buenos resultados en un estudio sobre 8988 niños sometidos a cirugía con alta hospitalaria entre las 12 y 48h del postoperatorio¹³, aunque tuvo poca repercusión.

En 1955 Farguharson intervino a 500 pacientes de hernia inguinal con anestesia local y sin ingreso¹⁴, pero ni sus buenos resultados ni los de Trice o Leithauser¹⁵ consiguieron el cambio en los servicios de cirugía. En 1961 Stephens describe como debe ser la organización y el funcionamiento de la cirugía sin ingreso¹⁶.

En Estados Unidos el desarrollo fue rápido en los 60 con una gran aceptación debido al sistema sanitario americano. Las aseguradoras y hospitales privados encontraron en este tipo de gestión quirúrgica una forma de reducción de gastos.

Como consecuencia de esto en EEUU se realizaron estudios como el del Butterwoth en el Hospital de Michigan en 1961 y el de Cohen y Dillon de la Universidad de Los Ángeles un año después¹⁷, en los que concluyeron que la seguridad de los pacientes no depende del ingreso o no en el hospital sino de la adecuada actuación quirúrgica y anestésica.

La creación del Surgicenter en Phoenix (Arizona) en 1969 por parte de Ford y Reed¹⁸ constituye una importante innovación en la asistencia sanitaria demostrando que una institución independiente del hospital puede mantener los estándares de calidad a un menor coste.

En 1972 Davis describe un programa protocolizado de cirugía sin ingreso. Años más tarde (1986) analizó los resultados publicándolos en un libro titulado Major Ambulatory Surgery, siendo este término el usado desde entonces¹⁹.

En España las primeras experiencias en CMA datan de los años 80, su desarrollo y crecimiento en los 90 y desde el 2001 hasta la actualidad se puede considerar el periodo de consolidación y maduración de estas unidades. En 1982 comenzó el programa de “cirugía sin ingreso” para herniorrafias con anestesia local llevado a cabo por el grupo de Polo y García. La primera publicación sobre pacientes quirúrgicos ambulatorios en España es de 1988 por parte de Ribera y Giner²⁰. En 1989 un grupo de profesionales del Hospital de Toledo, concedores de la buena experiencia anglosajona, auspiciados por el Ministerio de Sanidad, realizan un Simposium Internacional de Cirugía Ambulatoria con objeto de conocer las ventajas y dificultades para su implantación. Poco tiempo después se crea en Viladecans la primera unidad de CMA siguiéndole las unidades de Toledo y Sevilla.

En 1993 se editó la Guía de Organización y Funcionamiento de CMA por el Ministerio de Sanidad²¹ y en 1994 se funda en Toledo la Asociación Española de CMA (ASECMA).

Las comunidades con mayor desarrollo en esta práctica fueron Cataluña, Andalucía, el País Vasco y la Comunidad Valenciana. En los últimos años han aumentado sustancialmente las unidades específicas de CMA existiendo en la gran mayoría de hospitales españoles, en concreto en 2011 y según datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), han registrado actividad quirúrgica ambulatoria 280 centros sanitarios.

Como resumen de la evolución histórica exponemos la siguiente cronología:

1909. Nicholl (Glasgow) realiza las primeras cirugías ambulatorias en niños

1955. Farguharson (Edimburgo) opera a 485 adultos con anestesia local y de forma ambulatoria

1961. Stephens describe la organización de la cirugía ambulatoria

1969. Reed y Ford crean el Surgicenter de Phoenix

1972. Davis y Detmer describen un programa protocolizado de CMA²²

1986. Davis acuña el término de CMA

1990. Se crean las primeras unidades de CMA en Barcelona, Toledo y Sevilla

1993. Se edita la Guía de Organización y Funcionamiento de la CMA

1994. Se crea la Asociación Española de CMA (ASECMA)

1999. Se edita el Manual de Anestesia en CMA.

2.1.2 Definición y características de CMA

Es la realización de procesos quirúrgicos con anestesia local, regional o general con cuidados postoperatorios poco intensos, sin necesidad de ingreso hospitalario, que pueden ser dados de alta a las pocas horas del acto quirúrgico, con un menor requerimiento de recursos hospitalarios, sin que por ello disminuya la calidad ni la seguridad ofrecida a los pacientes^{19,2}. (Nivel 2 de los niveles de intensidad para procedimientos quirúrgicos preconizados por Davis en 1987²³)

Niveles de Davis:

Nivel 1: Procedimientos realizados en Consultas Externas con anestesia local y que no requieren cuidados especiales postoperatorios.

Nivel 2: Procedimientos de CMA que precisan cuidados postoperatorios específicos pero que no requieren ingreso hospitalario

Nivel 3: Cirugía con ingreso hospitalario.

Nivel 4: Cirugía que precisa cuidados especializados o críticos.

El espectacular desarrollo de este estilo de asistencia tiene sus pilares en los avances en técnicas anestésicas, la reducción de la agresividad quirúrgica, la mejora de soporte no hospitalario a los pacientes y el cambio de mentalidad de profesionales y pacientes, junto a la necesidad de aplicar políticas de contención de costes.

Estas intervenciones ocasionan un menor impacto en la vida cotidiana del paciente y les permite reanudar rápidamente sus actividades habituales.

La CMA requiere una correcta selección de los pacientes y de los procedimientos quirúrgicos, el desarrollo de procedimientos específicos de actuación y protocolos clínicos quirúrgicos, la coordinación de todo el personal sanitario y no sanitario implicado, la integración de los niveles asistenciales (primaria y especializada), la colaboración del paciente y de su entorno familiar y el establecimiento de un programa de control de calidad. Por todo ello, se entiende la CMA como un modelo organizativo de la asistencia sanitaria de carácter multidisciplinar que permite tratar a los pacientes con garantías de seguridad y calidad asistencial mejorando, en definitiva, la atención del paciente y beneficiando a la vez la gestión del Sistema Nacional de Salud^{21,24}.

El objetivo básico es reducir el coste por proceso respetando las siguientes condiciones: no disminuir la calidad asistencial ni la seguridad, no empeorar los resultados y mantener la aceptación del paciente²⁵. En cuanto a la eficiencia y según la literatura, los costes hospitalarios de la CMA son entre el 25% y el 68% inferiores a los de la cirugía con ingreso para el mismo procedimiento^{26,27}.

Para poder intervenir a un paciente en CMA hay que realizar una selección muy cuidadosa con criterios de inclusión muy claros. Así, entre los no aptos estarían pacientes con enfermedades sistémicas graves como hipertensión y diabetes mal controlada; los que tienen obesidad severa o aquellos con enfermedades neuromusculares, degenerativas o coagulopatías, trastornos psiquiátricos, drogodependencias alergias (medicamentosas, látex...), ASAIII-IV. Respecto a la edad, en principio no sería un factor determinante, aunque se desaconsejan en edades extremas, individualizando siempre en cada caso. Todo está protocolizado en estos procedimientos. Por ello, a los anteriores factores relacionados con la salud se suman otras condiciones, como la distancia del hospital a la vivienda habitual del paciente. Si su domicilio está a más de una hora de camino al Centro en principio se excluye; también se tendrán en cuenta las circunstancias en su domicilio, por ejemplo, si es mayor y vive solo. Además cualquier complicación que surgiera durante la cirugía o a las pocas horas posteriores podría requerir el ingreso hospitalario del paciente.

También es criterio de selección el procedimiento quirúrgico a realizar. En la actualidad, la mejora de las infraestructuras ha permitido el aumento de las intervenciones sin ingreso. Así, existe un listado con un total 28 procedimientos que se pueden realizar con CMA, a los que se suman 31 procesos susceptibles ya que tienen un índice de ambulatorización superior al 25% y otros más de 40 posibles recomendados en otros sistemas de salud fuera de España. En general, la mayoría de las intervenciones quirúrgicas ambulatorias (90%) están orientadas a la terapia, y solamente el 10% restante tiene un fin diagnóstico.

2.1.3 Tipos de Unidades

La CMA se organiza según su sistema de gestión.

Hay cuatro tipos²³:

1. Unidad Integrada
2. Unidad Separada
3. Unidad Satélite
4. Unidad Free-Standing

1-Unidad Integrada: Es aquella controlada por un hospital en la que los pacientes ambulatorios y hospitalizados utilizan el mismo área quirúrgica.

2-Unidad Separada ó Autónoma: También controlada por un hospital pero en esta ocasión los pacientes ambulatorios y hospitalizados utilizan áreas quirúrgicas diferentes.

3-Unidad Satélite del Hospital: Unidad autónoma patrocinada por un hospital y situada a cierta distancia de este.

4-Unidad Free-Standing o Independiente: Unidad autónoma sin nexo geográfico ni administrativo con el hospital.

La experiencia en estos más de 20 años de desarrollo de los diferentes tipos funcionales de CMA ha demostrado que el modelo más idóneo son las unidades integradas en centros hospitalarios con actividad quirúrgica media-alta, las cuales utilizan los recursos del propio Centro y reciben pacientes de diferentes servicios quirúrgicos. Estas unidades pueden asumir mejor, que las unidades independientes o “free-standing”, los progresos futuros de inclusión de intervenciones más complejas potencialmente ambulatorizables y tienen la ventaja de integrar el personal quirúrgico en la apuesta por la CMA²⁸.

2.1.4 Ventajas

La CMA es una solución al reto de la práctica médica actual de proporcionar una asistencia de calidad a un coste razonable; es una intervención reconocida y segura que pretende dar una respuesta más acorde a la realidad demográfica, epidemiológica, tecnológica y económica de nuestro entorno. Es un campo en el que se establece una relación médico paciente diferente, más en consonancia con la realidad actual, menos paternalista y negociada. Las posibilidades de información al paciente, capacidad de elección y decisión, consideración de las condiciones sociales y psicológicas, constituyen la piedra angular de esta modalidad asistencial. Los efectos de la CMA son conocidos: facilita una organización asistencial por niveles de cuidados simplificando procesos diagnósticos y terapéuticos, favorece una atención más personalizada y una mayor satisfacción del paciente²⁹, aumenta el protagonismo de determinados procesos no graves como cirugía herniaria o de cataratas pero que interfieren en la CV de los pacientes, incrementa la actividad productiva de los quirófanos y la reducción de demoras de las listas de espera quirúrgicas.

1-Paciente y Familia:

Mínima alteración de los hábitos del paciente.

Se individualiza más la atención al paciente.

Procura al paciente y a sus familiares ventajas sociales y altera poco su estilo de vida, ya que el enfermo permanece alejado de su entorno el menor tiempo posible.

Pronta reincorporación a sus actividades cotidianas.

Mayor flexibilidad a la hora de elegir fecha y momento de la intervención, minimizándose los riesgos de suspensión de la misma en comparación con la programación tradicional.

Se disminuye el riesgo de infecciones nosocomiales.

Aumenta la calidad de atención percibida por el paciente.

2- Profesionales Sanitarios:

Programación quirúrgica más efectiva.

Trabajo en equipo multidisciplinario.

Mayor satisfacción en el personal sanitario.

Estrecha la relación médico-paciente durante el proceso.

Mejora la relación entre atención primaria y especializada.

3-Unidades Gestoras^{2, 12} :

Control de gastos sanitarios sin disminuir calidad asistencial.

Aumenta la eficiencia en la utilización de recursos.

Disminuye los gastos de las estancias hospitalarias.

Uso alternativo de las camas liberadas para otras intervenciones.

Disminución de listas de espera quirúrgicas.

Disminuye periodos de incapacidad/baja laboral.

Permite agilidad burocrática.

Analiza trazadores de calidad al estudiar procesos quirúrgicos muy frecuentes.

Todas estas ventajas son percibidas por la sociedad en general.

2.1.5 Desventajas

Parece claro que la CMA debería ser considerada una de las mejores soluciones para incrementar la eficiencia de los sistemas sanitarios. Sin embargo, existen una serie de desventajas y dificultades para su instauración; de aquí que en España su implantación fuera muy irregular. Las causas que dificultan su implantación son múltiples e intervienen de forma compartida el usuario y su familia, los profesionales sanitarios y las instituciones financiadoras.

1-Paciente y Familia^{2,30} :

Paciente participa más activamente en postoperatorio y se responsabiliza de cumplir las instrucciones dadas.

Necesidad de apoyo en su domicilio y contar con una persona responsable durante las primeras 24-48 horas del postoperatorio.

Se transfiere la carga de trabajo a la familia.

Los factores socio-económicos condicionan la recuperación del paciente.

Pueden aparecer complicaciones que pasen desapercibidas en el domicilio.

Sentirse más seguro estando ingresado en el hospital.

Posible sensación de abandono.

Incumplimiento de las instrucciones que se dan al paciente.

2- Profesionales Sanitarios:

Necesidad de contar con clínicos experimentados.

Temor a complicaciones postoperatorias

Temor a reclamaciones y demandas

La hospitalización del paciente les da mayor sensación de seguridad

No implicación en la gestión de recursos

Dificultades de un correcto desarrollo de las unidades de CMA

Descoordinación con Atención Primaria.

Limitaciones en la docencia de residentes.

3-Unidades Gestoras:

Necesidad de inversión inicial para crear unidades de CMA

Falta de directrices estables y a largo plazo.

Gran parte de estos inconvenientes han frenado el desarrollo de la CMA. Algunos han sido superados gracias a la vinculación con la Atención Primaria en el seguimiento postoperatorio de los pacientes (control del dolor, adecuada ingesta, diuresis y tránsito intestinal, control de la actividad y del reposo, valoración de la herida quirúrgica); en definitiva, de la evolución postoperatoria y de las posibles complicaciones por parte del médico de atención primaria (MAP)².

2.1.6 Indicadores de control de Calidad

Aunque no existan estándares de calidad oficiales si existen valores internacionalmente reconocidos como óptimos a la hora de evaluar el proceso asistencial de una unida de CMA como son: El porcentaje de intervenciones suspendidas, los ingresos inmediatos o ingresos tardíos que deben realizarse después de CMA por mala evolución postoperatoria de los pacientes, las complicaciones, la morbilidad, la infección de la herida quirúrgica, el estado general del enfermo a las 24h de la intervención, la satisfacción del enfermo y el índice de sustitución (IS) del hospital, etc.³¹.

Según los datos del Observatorio Europeo de la Organización Mundial de la Salud, la incidencia de mortalidad en los 30 días posteriores de cualquier intervención de CMA es muy baja, así como la tasa de reingresos, es decir, la necesidad de hospitalización posterior tras ser dado de alta.

En la actualidad la opinión del paciente, como índice de calidad, está tomando cada vez más fuerza, su medición se realiza a través de encuestas administradas a los pacientes. Las diferentes encuestas de satisfacción tras la CMA muestran altos grados de aceptación por parte de los pacientes entre el 80-90%¹².

El parámetro que se utiliza para medir el nivel de implantación de CMA es el Índice de Sustitución (IS) para un proceso subsidiario de cirugía ambulatoria. Este índice cuantifica la tendencia del paso de cirugía convencional a ambulatoria para un procedimiento determinado³².

El IS aparece como indicador de monitorización del desarrollo de la CMA en 1997, definido como la proporción de intervenciones realizadas por CMA respecto del total de intervenciones programadas para cada procedimiento³³.

2.1.7 Procedimientos comunes

Como cada especialidad tiene procedimientos que se pueden llevar a cabo sin ingreso, la lista es muy amplia. Entre las intervenciones más frecuentes se encuentran las cataratas, glaucoma y cirugía de los párpados en Oftalmología; cirugía del pie y artroscopias, en Traumatología; cistoscopias, vasectomías, circuncisiones y biopsias de próstata, en Urología; amígdalas y cirugía sobre las cuerdas vocales, en Otorrinolaringología; fracturas nasales en Cirugía maxilofacial, patologías benignas de la mama, intervenciones sobre la pared abdominal, hernias, eventraciones, en Cirugía General y Digestivo etc. La lista crece continuamente porque cada vez son mayores los avances de la tecnología y mayor la seguridad.

Intervenciones más frecuentemente realizadas por CMA:

- Cirugía General.

- Hernias inguinales, umbilicales y de la línea media.
- Patología mamaria no neoplásica.
- Fisuras de ano.
- Hemorroides no complicadas grados I y II
- Fístulas perianales bajas.
- Quistes sacrocoxígeos.
- Exéresis de tumoraciones grandes de partes blandas.
- Colectomía laparoscópica.

- Cirugía plástica.

- Cirugía plástica de la mama y de la cara.

- Cirugía vascular.

- Varices.

- Ginecología.

- Legrados.

- Polipectomías.

- Liberación de adherencias intrauterinas.

- Cerclaje de cuello uterino.

- Drenaje y desbridamiento de abscesos.

- Biopsia de vulva y mama.

- Oftalmología.

- Cataratas.

- Patología de retina.

- Otorrinolaringología.

- Microcirugía laríngea.

- Drenajes timpánicos.

- Perforación timpánica.

- Desviación del tabique nasal.

- Hipertrofia de adenoides.

- Traumatología.

- Artroscopia de rodilla.

- Síndrome del túnel carpiano.

- Enfermedad de Dupuytren.

- Hallus valgus.

- Urología.

- Hidrocele.

- Varicocele.

- Quistes del epidídimo.

- Criptorquidia.

- Cistocele, ureterocele.

- Tumoraciones vesicales.

- Estenosis uretrales.

2.1.8 Índices Epidemiológicos

La tasa de ambulatorización quirúrgica global se define como la proporción de los procedimientos quirúrgicos realizados de forma ambulatoria (sin ingreso) sobre el total de procedimientos quirúrgicos realizados (ambulatorios y hospitalarios). El área de CMA es la que registra el mayor aumento en el periodo de 2001 a 2009 (83%) de tal forma que para el año 2009, la tasa de ambulatorización para procesos de CMA en el Sistema Nacional de Salud fue de casi 37%, (39% en el sector público). En Septiembre de 2010 esta tasa es de un 43,04%³⁴, de los 4,4 millones de intervenciones quirúrgicas que se realizan en España al año más de 1.780.000 fueron CMA²⁷. En la actualidad ronda el 50%. Si para el cálculo de la tasa de ambulatorización se excluyeran los procedimientos quirúrgicos realizados de forma urgente y solo se tuvieran en cuenta los programados la tasa sería de un 55,2%³⁵.

Hay variaciones respecto a las comunidades autónomas siendo 7 las que superan la tasa nacional de ambulatorización global: Andalucía, Baleares, Castilla La Mancha, Cataluña, Extremadura, Madrid y La Rioja. En Castilla-León el número de cirugías en régimen de CMA en 2009 fue de 53.369 con una tasa de ambulatorización de 31,86%³⁶. En 2012 se hicieron por este procedimiento 57.772 intervenciones, el 46,8% del total. El objetivo en 2013 fue llegar al 50%, es decir 61.667 intervenciones, según fuentes de la Consejería de Sanidad de Castilla y León.

La tasa de ambulatorización varía mucho según el procedimiento quirúrgico a realizar, por ejemplo, la intervención de cataratas se puede considerar como un procedimiento únicamente en régimen ambulatorio y el procedimiento sobre hernia inguinal y femoral de entorno a un 50% de tasa en 2013. Igualmente por especialidades quirúrgicas la Oftalmología ostenta la mayor tasa de ambulatorización con un 93,73% y la Cirugía General un 36,17%³⁵.

El IS es el porcentaje de procedimientos quirúrgicos susceptibles de ser realizados de forma ambulatoria y realizados de forma ambulatoria frente a los procedimientos quirúrgicos potencialmente ambulatorios y realizados con ingreso hospitalario y ambulatorios.

A finales de los 90 en EEUU este índice era de un 90%, en otros países europeos en torno al 60 y en España un 30%³⁶. Durante los últimos años en los hospitales nacionales alcanza el valor de 63%, según el Instituto de Información Sanitaria del propio Ministerio³⁷.

En nuestro país este índice varía dependiendo de los centros y de los procedimientos. Cataluña tiene el mayor índice de sustitución, actualmente mayor al 70%.

España se sitúa con estos resultados entre los países más avanzados en el uso de la CMA, muy por encima de otros países europeos, aunque todavía por debajo de EEUU, Canadá, Países Nórdicos y Reino Unido.

La cirugía ambulatoria y el índice de ambulatorización se incrementaron un 5,4 y 6,4%, respectivamente en el último año³⁸.

Como ejemplo actual podríamos tomar un hospital de Cataluña en el que la CMA representa el 68,74% de la actividad quirúrgica frente al 31,26% de la actividad quirúrgica con hospitalización convencional³⁹.

2.2 Calidad de Vida

Las ciencias de la salud, de siempre y cada vez más, deben tener en cuenta el componente personal de cada enfermo y este interés ha ido aumentando en los últimos años llegando a convertirse en un estándar de calidad de los centros asistenciales. La calidad de vida es una parte fundamental de ese componente personal.

2.2.1 Definición de CV

Es un concepto utilizado para la evaluación del bienestar social general de individuos y sociedades⁴⁰. Comienza a popularizarse en EEUU en los años 60 y ha tenido un gran impacto en la evolución y planificación de servicios desde entonces. El término es de fácil comprensión y difícil definición y medición por la complejidad y diversidad de los parámetros utilizados. Históricamente han existido dos líneas a la hora de definir la calidad de vida: la que la concibe como una entidad unitaria y la que la considera un conjunto formado por una serie de dominios que son: a) la calidad de las condiciones de vida de una persona, b) la satisfacción de la persona con dichas condiciones vitales, c) la combinación de componentes objetivos y subjetivos, esto es, las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que esta experimenta y d) la combinación de condiciones de vida y satisfacción personal ponderadas por escalas de valores, aspiraciones y expectativas personales⁴¹.

El Diccionario de la Real Academia Española la define como “el conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida”.

La CV es percibida de forma subjetiva y se encuentra influida por el entorno en el que vive el individuo y la relación que tiene con elementos esenciales de este. Le infunde una manera de actuar ante un momento dado de la vida.

La Organización Mundial de la Salud en su grupo de estudio de Calidad de Vida (WHOQOL Group) la define como “la percepción del individuo de su situación de vida, puesto en el contexto de su cultura y sistema de valores, en relación a sus objetivos, expectativa, estándares y preocupaciones”⁴². Es un concepto amplio que incluye dominios como: la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y su relación con el medio ambiente⁴³.

Una definición más corta y más entendible ha sido la que proporcionó Koller en 1996, que define CV como: “la sensación de un individuo de bienestar en los dominios somático, emocional y social”⁴⁴. Las líneas de investigación sobre CV pueden englobarse en dos: Las cuantitativas que estudian y analizan diferentes indicadores que permiten medir esta realidad de forma objetiva y las cualitativas basadas en la subjetividad y en la que se escucha a las personas mientras relatan sus experiencias, desafíos y problemas.

La CV es multidimensional, está influida por factores culturales, condiciones económicas, relaciones sociales, satisfacción personal, salud, habilidades funcionales, apoyos familiares y sociales, actividades de ocio, situaciones ambientales etc.

2.2.2 Dimensiones

Se pueden considerar tres dimensiones fundamentales que formarían parte de los indicadores cuantitativos de la CV: Dimensión Social: Percepción del individuo de sus roles y relaciones interpersonales. (Apoyo familiar, relaciones laborales, la educación, la vivienda, el ocio, etc). Dimensión Física: Percepción del estado físico o la salud entendida como ausencia de enfermedad. Dimensión Psicológica: Percepción del estado cognitivo y afectivo del paciente. En esto influyen las creencias personales y espirituales y la actitud ante las vicisitudes de la vida. Para la valoración de la calidad de vida del paciente es importante conocer estas dimensiones.

2.2.3 Importancia del estudio de la CV

La investigación referente a CV tiene su fundamento en que es un principio organizador emergente que puede aplicarse para la mejora de la sociedad sobre todo en el ámbito de los servicios humanos. Puede utilizarse para conocer las necesidades de las personas y su nivel de satisfacción y esto servir como guía en la provisión de servicios, evaluación de resultados de programas y posibles mejoras a realizar en la formulación de políticas sociales.

Según Maslow ⁴⁵ hay una jerarquía de necesidades humanas, conforme se satisfacen las necesidades más básicas los seres humanos desarrollan necesidades y deseos más elevados.

Esto se ve representado en la Pirámide de Maslow:



La preocupación por la CV surge, por tanto, en los países más desarrollados sobre todo por la preocupación del individuo por su salud, condicionada en cierto modo por una mayor expectativa de vida, por la mayor cronicidad de las enfermedades y por el envejecimiento poblacional.

2.2.4 Calidad de Vida Relacionada con la Salud

La CV tiene su máxima expresión en CVRS⁴². La CVRS se puede definir como el bienestar unido a la salud entendiendo por Salud según definición de la OMS como “El estado completo de bienestar físico, mental y social que no es simplemente ausencia de enfermedad.”

Debido a que los avances de la medicina han permitido prolongar la vida ahora lo que se busca es vivir esa vida con la mayor calidad posible.

Su valoración debe ser multidimensional: Física, Psicológica, Social y Funcional.

2.2.4.1 Importancia actual y ventajas que puede aportar

Habitualmente la valoración de los resultados de las actividades médico-quirúrgicas se realizaba en términos objetivos como morbilidad, mortalidad, recidivas, incapacidad, curas etc. En estos términos no se tenía en cuenta la opinión del paciente, que es el más afectado por la enfermedad y por sus tratamientos⁴⁶. El impacto que tiene la enfermedad y su proceso evolutivo sobre la calidad de vida de las personas ha despertado el interés en las Ciencias de la Salud⁴⁷. La opinión del paciente (su grado de aceptación y satisfacción) es un parámetro de control de calidad asistencial⁴⁸. La CVRS tiene numerosas aplicaciones clínicas, de investigación e incluso de gestión pero tal vez la fundamental sea su influencia sobre la evolución de la enfermedad.

La CVRS no valora estrictamente datos clínicos sino que da importancia a las percepciones del paciente relacionadas con su vida y como esta se ve afectada por los efectos negativos de la enfermedad. De esta forma la CVRS es una novedad que da importancia a la opinión del enfermo y le permite influir en su proceso terapéutico. Una calidad de vida mejorada influye positivamente en la evolución de la enfermedad.

Así se ha conseguido que al escuchar al paciente sobre las medidas terapéuticas que recibe su opinión influya en la toma de decisiones médico-quirúrgicas y en la gestión sanitaria. Además consigue reforzar la relación médico paciente y es una inestimable ayuda para la investigación de las ventajas e inconvenientes de nuevas técnicas y tecnologías, para la evaluación de servicios sanitarios y para la optimización de recursos sanitarios.

Por todo esto se ha convertido en un índice básico incluido en ensayos clínicos y de investigación⁴⁹.

2.2.4.2 Medición de CVRS

El interés por conocer el bienestar humano lleva a la necesidad por medir esta realidad de forma objetiva. Este conocimiento podría conseguirse desde medidas de insatisfacción como hojas de reclamaciones, buzones de quejas y sugerencias etc., hasta métodos para conocer el grado de satisfacción como entrevistas al paciente, observación directa y el más usado, que es la encuesta clínica⁵⁰. De esta forma las medidas de CVRS más popularizadas son los instrumentos que, en forma de cuestionarios, miden algunos dominios del concepto salud⁴⁹. Se han formulado y construido instrumentos o encuestas que valoran la satisfacción de personas desde una mirada general. Sin embargo, las particularidades de los diferentes procesos patológicos y la presión por objetivar su impacto específico, han motivado la creación de instrumentos relacionados a cada enfermedad y su efecto particular sobre la vida de las persona. De este modo, podemos distinguir instrumentos genéricos de CV y otros de aspectos específicos de los diferentes cuadros patológicos (Instrumentos calidad de vida relacionados a la enfermedad).

Entre las ventajas de los instrumentos genéricos destaca la posibilidad de comparar el impacto de las diferentes dimensiones de estudio⁵¹, así como la de obtener valores poblacionales de referencia⁹.

2.2.4.3 Métodos de Medición de CV y CVRS⁴⁰

Tipos de Cuestionarios:

Relación y clasificación de diferentes tipos de cuestionarios: (Se muestran algunos ejemplos significativos teniendo en cuenta que existen muchos más que los aquí citados):

MEDIDAS GENÉRICAS DE CV:

- Medidas de Incapacidad Funcional y Menoscabo:
 - Índice de Katz
 - Medida de Independencia Funcional
 - Índice de actividad de Duke

- Medidas Físicas y Mentales
 - CAT Health, Sistema para Evaluar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud: Una vez cumplimentado el CAT por un sujeto o paciente, el sistema puede proporcionar diferentes tipos de información:
 - Evaluación del estado de salud percibido, que se presentará a través de un informe que interpreta el resultado en relación a la población general.
 - Si existe una evaluación previa del mismo sujeto se presentará además una evaluación de la relevancia clínica del cambio.
 - ***Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud SF-36.***

- Medidas de Bienestar Psicológico y Salud Mental:
 - Cuestionario de Salud General.
 - Índice de Bienestar Psicológico
 - Cuestionario de Incapacidad de Sheehan
 - Inventario de Experiencias de Duelo.
 - Cuestionario de Salud del Paciente.
 - Escala de Calidad de Vida para Depresión.

- Medidas de Salud Social:
 - Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK.
 - Índice de Ajuste Psicosocial
 - Cuestionario de Función Familiar Apgar-Familiar.

- Medidas de dolor:
 - Cuestionario del dolor.

MEDIDAS GÉNERICAS DE CVRS:

Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad

- Cuestionario de Calidad de Vida.
- El Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos.
- EuroQoL-5D.
- Láminas COOP-WONCA.
- ***Cuestionario de Salud SF-36.***
- Índice de Calidad de Vida de Spitzer
- WHOQOL-100 y WHOQOL-BREF.

INSTRUMENTOS ESPECIFICOS DE DIFERENTES CUADROS PATOLÓGICOS:

- Medidas de calidad de vida relacionada con el Cáncer:
 - Escala de Karnofsky.
- Cuestionarios sobre Enfermedades Cardiovasculares:
 - Cuestionario de Calidad de Vida en Hipertensión Arterial (CHAL y MINICHAL).
- Cuestionarios sobre Enfermedades Dermatológicas:
 - Índice de Calidad de Vida en Dermatología.
- Cuestionario sobre Aparato Digestivo:
 - Cuestionario de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal.
 - Cuestionario sobre Calidad de Vida Asociado a Dispepsia.
- Cuestionarios sobre Enfermedades Endocrinas:
 - Cuestionario de Calidad de Vida en la Diabetes.
- Cuestionarios sobre VIH:
 - Cuestionario MOS-HIV.
 - Cuestionario de Evaluación de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en VIH/SIDA.
- Cuestionarios sobre Medicina Intensiva:
 - Cuestionario de Calidad de Vida-Dependencia Funcional en Medicina Intensiva.
- Cuestionarios sobre Enfermedades Neurológicas:
 - Cuestionario de Calidad de vida para la Enfermedad de Parkinson.
 - Escala de Calidad de Vida para el Ictus (ECVI-38).

- Cuestionarios sobre Aparato Osteoarticular:
 - Cuestionario WOMAC.
 - Cuestionario de Evaluación Funcional para Enfermos Reumatológicos.
- Cuestionarios sobre Aparato Respiratorio:
 - Cuestionario de la Enfermedad Respiratoria Crónica.
 - Cuestionario de Calidad de Vida en el Asma.
- Cuestionarios en Nefrología:
 - Cuestionario Calidad de Vida en Enfermedad Renal (KDQOL-SF36)
- Cuestionarios en Urología:
 - Cuestionario para la Evaluación de la Calidad de Vida en Pacientes con Incontinencia Urinaria.

2.2.4.4 Características de los Cuestionarios de Medición

En esta visión que intenta situar la enfermedad desde el punto de vista del paciente se desarrollan diferentes cuestionarios que miden la salud percibida por él y cuya utilidad dependerá de su fiabilidad, validez y posibilidad de interpretación de resultados. Cada vez se están introduciendo más en la práctica clínica y la necesidad de utilizar los cuestionarios como un instrumento clínico más con propiedades similares a un esfigmomanómetro o a un glucómetro, les obliga a disponer de estas características⁵².

Normalmente estos cuestionarios se componen de instrucciones de administración (para el entrevistador y el entrevistado), unas dimensiones de CVRS (p.ej: movilidad o cuidado corporal) y unos ítems que describen categóricamente diferentes niveles de estas dimensiones (p.ej: sobre dimensión movilidad: no tengo problemas para andar, tengo problemas para andar o no ando). A través de estos cuestionarios se consiguen índices que se basan en las preferencias o utilidades que los individuos asignan a diferentes estados de salud. La escala de medida normalmente va del 0 (El peor estado de salud, incluso muerte) a 1 (el mejor estado de salud imaginable). La mayoría de los instrumentos de medida han sido realizados en países anglosajones y posteriormente se han adaptado a otros países por lo que la traducción exhaustiva y la adaptación cultural de estos cuestionarios es fundamental a parte de la necesidad de medir con el mismo metro la CVRS tanto en estudios multinacionales como en los nacionales. Grupos internacionales han desarrollado y reconocido versiones en diferentes países a partir de la calidad del proceso de adaptación seguido⁵³.

Los pioneros fueron el grupo de adaptación del cuestionario de salud de Goldberg y Williams⁵⁴ y el perfil de adaptación de Nottingham⁵⁵.

Posteriormente se añadieron en grupo EuroQol⁵⁶, el SF-36⁵⁷ y más recientemente el del Sickness Impact Profile. La misión de los diversos especialistas de cada país representados en estos grupos es la de difundir las medidas adaptadas proporcionando estándares de calidad. Cualquier adaptación cultural debe ser comparable al original esto es, haber seguido la misma metodología que se usó en el cuestionario original. La mayoría de las adaptaciones españolas reconocidas por estos grupos han seguido los pasos anteriormente citados y por lo tanto son altamente recomendables para la utilización en la población de nuestro país⁵³. Las medidas de CVRS se utilizan sobre todo en los análisis coste-utilidad, en el que el coste de una intervención o actuación médica se relaciona con el número de años de vida ganada con una determinada calidad de vida, y en los estudios clínicos. Para estudios, como el nuestro, en el que pretendemos conocer como varía la calidad de vida (CVRS) de los pacientes intervenidos de CMA no existen cuestionarios específicos. Por ello, los investigadores emplean cuestionarios genéricos o cuestionarios no diseñados expresamente para ese fin. Nosotros hemos decidido utilizar el Short-form Health Survey (SF-36) debido a que es uno de los instrumentos de medición de CVRS más utilizados y evaluados y cumple con los estándares de calidad necesarios: un sistema de puntuación comprensible, validez, fiabilidad, adaptación cultural correcta y comparabilidad con el cuestionario original.

2.3 Cuestionario SF-36

2.3.1 Definición

SF-36 es un cuestionario genérico que pretende medir la CVRS proporcionando un perfil del estado de salud aplicable tanto a pacientes como a población sana.

Fue diseñado por Ware et al. en los años noventa (1992-1993) a partir de un estudio de resultados médicos: Medical Outcomes Study (MOS) realizado por el Health Institute, New England Medical Center, Boston, Massachussets⁸.

El SF 36 fue desarrollado para su uso a partir de una extensa batería de cuestionarios empleados en el MOS que contenían 149 ítems e incluían 40 conceptos relacionados con la salud⁹. Para crear el nuevo cuestionario de manera eficiente se seleccionó el mínimo número de conceptos necesarios para mantener la validez y características del cuestionario inicial. SF-36 está compuesto por 36 preguntas o ítems con los que se valoran estados positivos y negativos de salud.

Incluye salud física, mental, robustez psicométrica, simplicidad y un proyecto internacional de adaptación al cuestionario original en 15 países (Internacional Quality of Life Assessment-IQOLA-Project) por lo que es uno de los instrumentos de medida con mayor potencia internacional. Ha sido validado en numerosos países y traducido a varios idiomas entre ellos el castellano (Alonso y cols; 1995). Además ha servido para la validación de otros cuestionarios diseñados con posterioridad y como valoración de cuestionarios específicos¹⁰.

2.3.2 Características y descripción

El cuestionario SF 36 posee lo que un investigador exige a un cuestionario de CVRS: validez, fiabilidad, un sistema de puntuación comprensible, adaptación cultural correcta y comparabilidad con el cuestionario original y buenas propiedades psicométricas, destacando su gran sensibilidad para detectar cambio de salud, superior en promedio a cualquier otro instrumento genérico de medida de CVRS, lo cual, sin duda, proviene de su gran riqueza informativa (puede describir millones de estados de salud diferentes).

El formato es el de un instrumento genérico de 36 ítems que cubre 8 dimensiones del estado de salud y proporciona un perfil del mismo y una más que interroga sobre la transición de la salud en el último año. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las 8 dimensiones principales. Estas 8 dimensiones representan los conceptos de salud más empleados cuando se mide CVRS, así como aspectos relacionados con la enfermedad y su tratamiento. Los ítems de cada dimensión se codifican en una escala que va desde el 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta el 100 (el mejor estado de salud)⁵⁸, por lo tanto a mayor valor mejor es el estado de salud.

El SF-36 esta dirigido a personas de 14 años en adelante y preferentemente debe ser auto-administrado, aunque también es aceptable mediante entrevista personal o telefónica.

Preguntas y Respuestas que componen el cuestionario SF-36:

1. En general, usted diría que su salud es:

1. Excelente
2. Muy buena
3. Buena
4. Regular
5. Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1. Mucho mejor ahora que hace un año
2. Algo mejor ahora que hace un año
3. Más o menos igual que hace un año
4. Algo peor ahora que hace un año
5. Mucho peor ahora que hace un año

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita subir varios pisos por la escalera?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita subir un solo piso por la escalera?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita caminar un kilómetro o más?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita bañarse o vestirse por sí mismo?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1. Sí
2. No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1. Sí
2. No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1. Sí
2. No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1. Sí
2. No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

1. Sí
2. No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

1. Sí
2. No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

1. Sí
2. No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta que punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1. Nada
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1. No, ninguno
2. Sí, muy poco
3. Sí, un poco
4. Sí, moderado
5. Sí, mucho
6. Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta que punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1. Nada
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Solo alguna vez
6. Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Solo alguna vez
6. Nunca

25. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Solo alguna vez
6. Nunca

26. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Solo alguna vez
6. Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Solo alguna vez
6. Nunca

28. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Solo alguna vez
6. Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Solo alguna vez
6. Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Solo alguna vez
6. Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Solo alguna vez
6. Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con que frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Solo alguna vez
6. Nunca

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas

1. Totalmente cierta
2. Bastante cierta
3. No lo sé
4. Bastante falsa
5. Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera

1. Totalmente cierta
2. Bastante cierta
3. No lo sé
4. Bastante falsa
5. Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar

1. Totalmente cierta
2. Bastante cierta
3. No lo sé
4. Bastante falsa
5. Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente

1. Totalmente cierta
2. Bastante cierta
3. No lo sé
4. Bastante falsa
5. Totalmente falsa

Definición de las dimensiones del cuestionario SF-36:

<u>Dimensiones</u>	<u>Significado</u>
1. Función física (FF 1)	Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, andar, subir escaleras, cargar pesos y realizar esfuerzos moderados e intensos.
2. Función social (FS 2)	Grado en que los problemas de salud física y emocional derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.
3. Rol físico (RF 3)	Grado en el que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades.
4. Rol emocional (RE 4)	Grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo o en otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.
5. Salud Mental (SM 5)	Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general.
6. Vitalidad (VT 6)	Sentimiento de energía y vitalidad versus sentimiento de cansancio y agotamiento.
7. Dolor corporal (DC 7)	Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en el hogar.
8. Salud general (SG 8)	Valoración personal de la salud que incluye salud actual, perspectivas y resistencia a enfermar.

Distribución de los ítems correspondientes a cada apartado:

<u>Dimensiones</u>	<u>Ítems</u>	<u>Nº total de Ítems</u>
Función física	3+4+5+6+7+8+9+10+11+12	10
Función social	20+32	2
Rol físico	13+14+15+16	4
Rol emocional	17+18+19	3
Salud mental	24+25+26+28+30	5
Vitalidad	23+27+29+31	4
Dolor Corporal	21+22	2
Salud general	1+33+34+35+36	5
Transición salud	2	1

Ítems que componen el Resumen Físico y Mental

<u>Resúmenes</u>	<u>Ítems</u>
Resumen físico (RF)	1+3+4+5+6+7+8+9+10+11+12+13+14+15+16+21+22+33+34+35+36
Resumen mental (RM)	17+18+19+20+23+24+25+26+27+28+29+30+31+32

Además, el cuestionario permite el cálculo de dos puntuaciones resumen, física y mental, mediante la suma ponderada de las puntuaciones de las 8 dimensiones principales. Son 36 ítems de los cuales 21 corresponden al resumen físico, 14 al mental y 1 de transición.

2.3.3 Ventajas

Entre las mayores ventajas con las que cuenta el SF 36 se podrían citar las excelentes propiedades métricas en poblaciones de pacientes muy diferentes; el hecho de contar con versiones de diferentes extensiones (36,12,8 y 6 ítems) adecuadas para su uso en distintos contextos como son en enfermedades crónicas, agudas, en práctica clínica o estudios de investigación, y en estudios de evaluación económica de actividades sanitarias; el que haya numerosas versiones lingüísticas rigurosamente validadas; la existencia de normas poblacionales que facilita la interpretación de las puntuaciones obtenidas lo que es poco común en la medición de la CVRS y que la versión inglesa cuente con valores, que aplicados a los estados de salud que se derivan del SF- 36, son útiles para estudios económicos⁵⁹.

2.3.4 Validación del SF 36 como método de medida de CVRS

La validez es un concepto que hace referencia a la capacidad de un instrumento de medición para cuantificar de forma significativa y adecuada el rasgo para cuya medición ha sido diseñado. En este caso se refiere a la capacidad del cuestionario SF 36 para medir CVRS.

Las propiedades psicométricas del SF 36 han sido evaluadas en más de 400 artículos, y los numerosos estudios realizados ya con este cuestionario, que permiten la comparación de resultados, lo convierten en uno de los mejores instrumentos para la medición de la CVRS¹¹.

Ware et al. en 1993 incluyen estudios de validación del SF 36 como herramienta para medir CVRS pero hay también autores que han publicado diversos estudios de validación comparando con otros instrumentos de medición de salud más generales y complejos.

Otros autores han utilizado del SF 36 en pacientes enfermos para medir su capacidad de discriminar entre diferentes diagnósticos o niveles de gravedad, validando así el instrumento en diferentes diagnósticos. Algunos ejemplos: Harper et al. (1997) para Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Dawson et al. (1996) para prótesis de cadera. En el 2000 Ware ofrece un resumen bien documentado de diversos aspectos relacionados con el cuestionario SF-36⁶⁰ y en el 2002, Garrat et al., realizaron una revisión bibliográfica (en determinadas revistas únicamente publicadas en inglés con una búsqueda sistemática en base de datos electrónicos) la cual reveló que de las publicaciones identificadas, 3.921 informes que describen el desarrollo y la evaluación de las medidas de calidad de vida del paciente tanto genéricas como específicas, más del 10% de las mismas (408) eran publicaciones sobre SF-36.

De esta forma el cuestionario SF 36 fue calificado como la medida de salud genérica más evaluada por este estudio bibliográfico publicado en el British Medical Journal en 2002^{60,61}.

En estos últimos 20 años hay más de 17.000 estudios publicados en los que se utilizó como herramienta el SF-36; esta bibliografía incluye estudios de cientos de enfermedades, condiciones y poblaciones, y mejora notablemente la capacidad de interpretar los datos en la encuesta de este cuestionario para nuevos estudios.

2.3.5 Traducción a diferentes idiomas

El Cuestionario SF- 36 ha sido traducido en más de 50 países como parte del Internacional Quality of Life Assessment (IQOLA) Project^{57,62,63}. El proyecto incluye investigadores de 15 países incluido España. Las adaptaciones validadas y publicadas por el proyecto IQOLA incluyen el castellano por Alonso et al, al francés por Perneger et al, el alemán por Bullinger en 1995, el sueco por Sullivan et al. Todos ellos realizados en 1995 junto con variaciones del inglés para su uso en Canada, Reino Unido y Nueva Zelanda. La versión italiana llegaría en 1997 por Apolone et al.

Actualmente existen más de 500 publicaciones que usan traducciones o adaptaciones del inglés del SF-36⁶⁰.

2.3.6 Proceso de traducción y validación de la versión española

El proceso de la traducción al español del cuestionario SF-36 sigue el protocolo común de los países participantes en el proyecto internacional de adaptación del cuestionario original, el referido Internacional Quality Of Life Assessment (IQOLA), en el que participan investigadores de 15 países. El proceso se basó en el método de traducción y retraducción por profesionales⁶⁴ y la realización de un estudio piloto con pacientes.

El cuestionario fue traducido al español por dos personas bilingües de origen español viviendo en Estados Unidos y con experiencia clínica. Además puntuaron la dificultad para encontrar una expresión española equivalente a la original en una escala de 0 (ninguna dificultad) a 100 (extremadamente difícil).

Ambas traducciones fueron discutidas simultáneamente entre los traductores y uno de los investigadores, J.Alonso, para intentar solventar posibles diferencias y posibles alternativas, hasta llegar a un consenso. Esta traducción consensuada fue evaluada por dos personas bilingües que puntuaron su calidad en una escala de 0 (totalmente inadecuada) a 100 (perfecta) según 3 criterios: utilización de lenguaje común, claridad y equivalencia conceptual de cada una de las preguntas y respuestas del cuestionario. De esta forma se creó una traducción directa preliminar: la primera versión española SF-36 (versión 1.0).

Para evaluar la equivalencia de esta versión 1.0 se realizó una traducción de nuevo al inglés (retrotraducciones o traducción inversa) por dos personas bilingües en este caso de origen norteamericano residiendo en España. Estas retrotraducciones fueron comparadas con la versión original por un grupo de expertos del centro estadounidense que dirige y coordina el proyecto IQOLA. Señalaron algunos ítems que no parecían tener una completa equivalencia conceptual con el original. Así que se realizó una reunión con los autores de todas las versiones ya existentes en distintos países durante la cual se trató de armonizar el contenido del cuestionario en los casos en los que existían diferentes expresiones alternativas del mismo concepto.

Con posterioridad se realizaron estudios piloto con diversos grupos de pacientes crónicos para valorar la comprensibilidad y la factibilidad del cuestionario⁹.

Finalmente, para poder saber exactamente los márgenes de confianza del cuestionario y saber su fiabilidad, se llevaron a cabo dos estudios empíricos: el primero consistió en la calibración de las opciones de respuesta del cuestionario, que demostró la validez de su ordenación y una gran equivalencia con la versión original americana; un segundo estudio para la evaluación de la fiabilidad^{9,60}.

Para valorar las opciones de respuesta a las preguntas del cuestionario intervinieron 47 individuos que respondían a través de una escala analógica visual y finalmente se administró la versión española a 46 pacientes con enfermedad coronaria estable en dos ocasiones separadas por dos semanas y así analizar su consistencia interna y su reproducibilidad. Se organizaron reuniones de traductores, investigadores y pacientes para producir versiones sucesivas. En 1996 se desarrolló la versión 2.0 del cuestionario con el objetivo, entre otros, de mejorar las características métricas de las escalas del rol físico y emocional. Poco tiempo después se desarrolló la versión 2.0 en castellano.

2.3.7 Medición de la CVRS con el cuestionario SF-36 en España

SF 36 es uno de los cuestionarios de CVRS más conocidos y utilizados a nivel internacional. En España ya lleva más de dos décadas en uso lo que ha hecho alcanzar madurez y experiencia acumulada sobre su uso.

SF 36 ha servido como patrón de referencia para el desarrollo o validación de otros instrumentos de CVRS. Las distintas versiones tienen excelentes propiedades métricas en poblaciones diversas y hay varias versiones lingüísticas (catalán y euskera) rigurosamente validadas, a partir de la versión inglesa, siguiendo un método similar al utilizado para la versión castellana. Cuenta con diferentes extensiones adecuadas para su uso en distintos contextos. Existen normas poblacionales que facilitan la interpretación de las puntuaciones obtenidas. En España, de acuerdo al índice desarrollado por Badía et al en 1996 para valorar el grado de desarrollo de una medida de CVRS en nuestro país (IG Índice GRAQoL), el SF-36 tendría un grado de desarrollo calificado como bueno^{7,65}.

Una década después de su creación Vilagut et al. realizaron una revisión crítica del contenido, propiedades métricas, y nuevos desarrollos de la versión castellana¹¹.

El enlace <http://www.sf-36.org> ofrece información detallada y periódica actualizada sobre el cuestionario incluso un foro de discusión sobre antiguas y nuevas publicaciones e interpretación de resultados.

3. JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS

3- JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS

Nuestro estudio está formado por tres grandes pilares: La CMA, la CVRS y el SF36.

Estos tres puntos básicos poseen un interés intrínseco por separado que consideramos es aun mayor al unirlos.

La CMA se ha convertido en la actitud quirúrgica a seguir en la mayoría de los hospitales a nivel mundial, junto con la cirugía laparoscópica que se utiliza en numerosas ocasiones en algunas patologías intervenidas en unidades de CMA.

Esto es debido a las ventajas tanto clínicas como económicas de estas unidades. Ventajas ya comentadas para el paciente, los sanitarios y los gestores.

Referente a CVRS es un término ya consolidado en diferentes disciplinas y que nos interesa sobremanera en el ámbito sanitario dándonos una información valiosa y veraz sobre la opinión del paciente en determinadas intervenciones médicas que afectan a su salud y a su forma de vida.

La obtención de información fidedigna a este respecto nos la proporcionan los cuestionarios que indagan en la opinión del paciente y la convierten en variables que se pueden estudiar estadísticamente para poder obtener resultados y por lo tanto conclusiones relevantes que componen los estándares de calidad a través de la medicina basada en la evidencia.

Ya hemos explicado con anterioridad la validez del cuestionario SF 36 para este tipo de estudios a nivel mundial.

Como mencionamos anteriormente existe un creciente interés por el estudio de la calidad de vida de los pacientes en distintas patologías, además del interés tanto clínico como económico de las unidades de cirugía sin ingreso o unidades de CMA.

El hecho de reparar una patología incómoda y en ocasiones hasta incapacitante para la vida diaria del paciente con una solución quirúrgica en la que apenas ha de permanecer en el hospital, pudiendo incorporarse rápidamente a su medio familiar habitual es de por sí una trasgresión menor que la que se produciría con la necesidad de ingreso hospitalario durante varios días. Con esta tesis pretendemos demostrar esto de forma fehaciente y además comprobar que la cirugía sin ingreso en las patologías estudiadas da un resultado óptimo al cabo de los meses para la calidad de vida del paciente.

La limitación actual de los recursos obliga a que en la evaluación de la calidad se analice también la práctica de una gestión adecuada, aunque en nuestro trabajo nos vamos a centrar únicamente en la mejoría en la calidad de vida del paciente. Por lo tanto demostrar la mejoría en la calidad de vida de los pacientes sometidos a la práctica quirúrgica de cirugía ambulatoria en patologías cuya reparación corresponde a cirugía general utilizando el cuestionario SF 36 está de plena actualidad.

Ya hemos comprobado que hay escasos artículos publicados relacionados exactamente con los ítems que engloban nuestro proyecto lo que le confiere un interés añadido.

4. OBJETIVOS

4- OBJETIVOS

En el presente estudio pretendemos revisar los casos susceptibles de CMA estableciendo un perfil clínico y funcional en estos pacientes antes, al poco tiempo de la cirugía y al cabo de un año de la misma, utilizando un cuestionario desarrollado y validado.

1. Realizar un estudio observacional prospectivo, clínico y funcional de un grupo de pacientes sometidos a CMA en un periodo de tiempo en una única unidad de CMA de un hospital de tercer nivel.
2. Comparar la calidad de vida de este mismo grupo de pacientes antes y después de la intervención.
3. Desglosar los resultados por grupos de edad y sexo ya que estos ítems pueden influir determinadamente en los resultados.
4. Diferenciar como afecta este tipo de intervenciones a la función física y psíquica del paciente.
5. Evaluar la utilidad de la metodología del estudio:
 - El uso de un cuestionario auto administrado pero supervisado por un sanitario en la primera fase del estudio.
 - La llamada previa informativa sobre el cuestionario al año de la intervención y su forma de cumplimentarlo.
 - La carta enviada por correo postal con un sobre impreso con la dirección a la que debía ser remitido y un sello para facilitar el envío con la respuesta al cuestionario.
6. Comparar los resultados con la población española sana de referencia.

5. PACIENTES Y MÉTODOS

5- PACIENTES Y MÉTODOS

5.1 Pacientes

Hemos realizado el estudio sobre una cohorte de 402 pacientes, que quisieron participar en el mismo y firmaron el preceptivo consentimiento después de ser informados de la naturaleza del mismo.

Estos pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente y en régimen de cirugía mayor ambulatoria en la Unidad de CMA del Hospital Clínico Universitario de Salamanca, intervención que fue realizada exclusivamente por dos cirujanos de la Unidad con amplia experiencia quirúrgica. Las patologías mayoritarias de las que fueron intervenidos estos pacientes eran hernias inguinales (65%), crurales, epigástricas, umbilicales, quistes pilonidales y lipomas.

Una vez aceptada la participación en el estudio los pacientes contestaron en el preoperatorio a un primer cuestionario SF-36 y a un tercio de los mismos, de manera aleatoria, se les realizó una determinación analítica de trombofilia destinada a un estudio paralelo al nuestro. Se les revisó clínicamente en el décimo día del postoperatorio y se les practicó a continuación un estudio eco-doppler del flujo venoso a nivel de ambas regiones inguinales. Se les revisó clínicamente, otra vez, al mes de la intervención quirúrgica y en ese momento se recogió un nuevo cuestionario SF-36 realizado en esa fecha. Posteriormente, al año de la intervención, se contactó telefónicamente con los pacientes informándoles de la continuidad del estudio y de nuevo solicitamos de forma voluntaria su colaboración a través de consentimiento informado verbal. En caso de que el paciente accediera se confirman los datos y la dirección a donde se remitirá por correo postal un nuevo cuestionario SF-36 para su cumplimentación y reenvío postal. Para facilitar la respuesta se les acompaño un sobre franqueado de reenvío con la dirección de recepción escrita, de tal manera que no tuvieran más que contestar el cuestionario e introducirlo en el sobre ya listo para el envío.

A todos los pacientes con algún factor de riesgo, se les prescribió, como profilaxis trombótica, heparina de bajo peso molecular (Bemiparina, 2500 ó 3500 unidades). Como uno de los factores de riesgo es la edad mayor o igual a 40 años, de ahí el hecho de hacer de esa cifra un punto de corte para la estratificación por edad.

5.2 Métodos

Para la recogida de datos se construyó una base con el programa File Maker Advance Pro y los datos se trataron estadísticamente con el programa SPSS 15.0.

Los resultados del test, recogidos en la base de datos, se codificaron de la siguiente manera:

Atribución de puntos según la respuesta al cuestionario:

Nº DE ITEM	PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
1	En general, usted diría que su salud es:	<ul style="list-style-type: none"> • Excelente • Muy buena • Buena • Regular • Mala 	100 75 50 25 0

Nº DE ITEM	PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
2	¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?	<ul style="list-style-type: none"> • Mucho mejor ahora que hace un año • Algo mejor ahora que hace un año • Más o menos igual que hace un año • Algo peor ahora que hace un año • Mucho peor ahora que hace un año 	100 75 50 25 0

Nº DE ITEM	PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
3	Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores?	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, me limita mucho • Sí, me limita un poco • No, no me limita nada 	0 50 100

Nº DE ITEM	PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
4	Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, me limita mucho • Sí, me limita un poco • No, no me limita nada 	0 50 100

Nº DE ITEM	PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
5	Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, me limita mucho • Sí, me limita un poco • No, no me limita nada 	0 50 100

Nº DE ITEM	PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
6	Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, me limita mucho • Sí, me limita un poco • No, no me limita nada 	0 50 100

Nº DE ITEM	PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
7	Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, me limita mucho • Sí, me limita un poco • No, no me limita nada 	0 50 100

Nº DE ITEM	PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
8	Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, me limita mucho • Sí, me limita un poco • No, no me limita nada 	0 50 100

Nº DE ITEM	PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
9	Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, me limita mucho • Sí, me limita un poco • No, no me limita nada 	0 50 100

Nº DE ITEM	PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
10	Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, me limita mucho • Sí, me limita un poco • No, no me limita nada 	0 50 100

Nº DE ITEM	PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
11	Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (un centenar de metros)?	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, me limita mucho • Sí, me limita un poco • No, no me limita nada 	0 50 100

Nº DE ITEM	PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
12	Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, me limita mucho • Sí, me limita un poco • No, no me limita nada 	0 50 100

Nº DE ITEM	PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
13	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	0 100

Nº DE ITEM	PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
14	Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	<p>0</p> <p>100</p>

Nº DE ITEM	PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
15	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	<p>0</p> <p>100</p>

Nº DE ITEM	PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
16	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	<p>0</p> <p>100</p>

Nº DE ITEM	PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
17	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	<p>0</p> <p>100</p>

Nº DE ITEM	PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
18	Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	<p>0</p> <p>100</p>

Nº DE ITEM	PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
19	Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	<p>0</p> <p>100</p>

Nº DE ITEM	PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
20	Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta que punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	<ul style="list-style-type: none"> • Mucho • Bastante • Regular • Un poco • Nada 	<p>0</p> <p>25</p> <p>50</p> <p>75</p> <p>100</p>

Nº DE ITEM	PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
21	¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?	<ul style="list-style-type: none"> • No, ninguno • Sí, muy poco • Sí, un poco • Sí, moderado • Sí, mucho • Sí, muchísimo 	<ul style="list-style-type: none"> 100 80 60 40 20 0

Nº DE ITEM	PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
22	Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta que punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?	<ul style="list-style-type: none"> • Nada • Un poco • Regular • Bastante • Mucho 	<ul style="list-style-type: none"> 100 75 50 25 0

Nº DE ITEM	PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
23	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Muchas veces • Algunas veces • Sólo alguna vez • Nunca 	<ul style="list-style-type: none"> 100 80 60 40 20 0

Nº DE ITEM	PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
24	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Muchas veces • Algunas veces • Sólo alguna vez • Nunca 	<ul style="list-style-type: none"> 0 20 40 60 80 100

Nº DE ITEM	PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
25	Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Muchas veces • Algunas veces • Sólo alguna vez • Nunca 	<ul style="list-style-type: none"> 0 20 40 60 80 100

Nº DE ITEM	PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
26	Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Muchas veces • Algunas veces • Sólo alguna vez • Nunca 	<ul style="list-style-type: none"> 100 80 60 40 20 0

Nº DE ITEM	PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
27	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Muchas veces • Algunas veces • Sólo alguna vez • Nunca 	<ul style="list-style-type: none"> 100 80 60 40 20 0

Nº DE ITEM	PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
28	Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Muchas veces • Algunas veces • Sólo alguna vez • Nunca 	<ul style="list-style-type: none"> 0 20 40 60 80 100

Nº DE ITEM	PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
29	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Muchas veces • Algunas veces • Sólo alguna vez • Nunca 	<ul style="list-style-type: none"> 0 20 40 60 80 100

Nº DE ITEM	PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
30	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Muchas veces • Algunas veces • Sólo alguna vez • Nunca 	<ul style="list-style-type: none"> 100 80 60 40 20 0

Nº DE ITEM	PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
31	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Muchas veces • Algunas veces • Sólo alguna vez • Nunca 	<ul style="list-style-type: none"> 0 20 40 60 80 100

Nº DE ITEM	PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
32	Durante las 4 últimas semanas, ¿con que frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Muchas veces • Algunas veces • Sólo alguna vez • Nunca 	<ul style="list-style-type: none"> 0 20 40 60 80 100

Nº DE ITEM	PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
33	Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente cierta • Bastante cierta • No lo sé • Bastante falsa • Totalmente falsa 	<ul style="list-style-type: none"> 0 25 50 75 100

Nº DE ITEM	PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
34	Estoy tan sano como cualquiera	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente cierta • Bastante cierta • No lo sé • Bastante falsa • Totalmente falsa 	<ul style="list-style-type: none"> 100 75 50 25 0

Nº DE ITEM	PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
35	Creo que mi salud va a empeorar	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente cierta • Bastante cierta • No lo sé • Bastante falsa • Totalmente falsa 	<ul style="list-style-type: none"> 0 25 50 75 100

Nº DE ITEM	PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
36	Mi salud es excelente	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente cierta • Bastante cierta • No lo sé • Bastante falsa • Totalmente falsa 	<ul style="list-style-type: none"> 100 75 50 25 0

Se hizo estadística descriptiva del sexo, de la edad, con máxima, mínima, media y desviación típica y una prueba de comparación de medias, para grupos relacionados o independientes, según el caso, mediante la T de Student para los resultados de los diversos parámetros estudiados así como entre las diferentes dimensiones de los test preoperatorio, postoperatorio al mes y postoperatorio al año. Hemos considerado nivel significativo una $p \leq 0.05$.

6. RESULTADOS

6- RESULTADOS

De los 402 pacientes que aceptan la inclusión en el estudio y firman el consentimiento, participan en el estudio 372 (92%). De ellos 303 (81.45 %) son hombres y 69 (18.55 %) son mujeres. Los participantes menores de 40 años fueron 125 (33.60 %) y los iguales o mayores de 40 años 247 (66.40 %).

La estadística descriptiva de la edad en los diferentes grupos está reflejada en la tabla 5.

Al cuestionario SF-36 realizado en el preoperatorio respondieron 355 pacientes (88%), al realizado en el trigésimo día de postoperatorio 339 (84%) pacientes y al solicitado al año de la intervención quirúrgica respondieron 258 pacientes (64%).

Los resultados porcentuales de las diferentes dimensiones, así como de los resúmenes físico y mental, tanto de la totalidad de los participantes como de las diferentes estratificaciones se muestran en las tablas 1, 2, 3, 4, 5,6.

Los resultados del test de comparación de medias para grupos relacionados o independientes, según el caso, son los que figuran en las tablas comprendidas entre las tablas 7 y 27.

Todos los resultados se pueden apreciar mejor de forma visual en las figuras 1 a la 19.

6.1 Tablas

Tabla 1. Datos de la serie (N = 372)

Edad (x ± DS)	45.1 ± 16.0
< 40 años	125 (33.6%)
> 40 años	247 (66.4%)
Genero	
- Masculino	303 (81.5%)
- Femenino	69 (18.5%)
<u>Patología</u>	
Hernia inguinal	
- Unilateral	205 (55.2%)
- Bilateral	29 (7.7%)
Hernia crural	16 (4.2%)
Hernia umbilical	39 (10.4%)
Hernia epigástrica	11 (3.1%)
Hernias dobles*	6 (1.6%)
Quiste pilonidal	59 (15.8%)
Miscelánea	7 (1.9%)
<u>Tipo de anestesia</u>	
General	142 (38.2%)
Regional	225 (60.6%)
Local / sedación	5 (1.2%)
<u>Duración de la cirugía**</u>	
< 30 minutos	336 (90.4%)
> 30 minutos	36 (9.6%)
<u>Complicaciones postoperatorias</u>	
Infección herida operatoria	7 (1.9%)
Hematoma herida operatoria	8 (2.1%)
Trombosis venosa profunda	1 (0.3%)

* Ej. hernia inguinal + hernia umbilical

** No incluye el tiempo anestésico

Tabla 2. Puntuaciones del SF-36 (medias), en los distintos momentos del estudio.

Dimensión	Preoperatorio (Basal)	Postoperatorio (1 mes)	Postoperatorio (12 meses)	Población sana (Control)*
Función física	84.0	83.2	89.2	86.7
Rol físico	72.1	27.2	81.7	86.4
Dolor corporal	72.5	61.4	77.9	78.8
Salud general	65.7	56.0	66.4	66.5
Vitalidad	70.1	67.7	71.1	64.5
Función social	88.6	81.4	87.9	89.5
Rol emocional	86.2	83.3	89.1	91.8
Salud mental	78.6	78.7	77.7	71.1
<u>Resumen</u>				
PCS (1)	38.1	32.0	40.6	39.8
MCS (2)	39.6	29.6	39.9	39.6
Total	77.7	61.5	80.5	79.4

(1) Physical Composite Score (Componente Sumario Físico) = Resumen físico;

(2) Mental Composite Score (Componente Sumario Mental) = Resumen mental.

* 3,953 españoles sanos (año 2008)⁶⁰

Tabla 3. Puntuaciones del SF-36 (media de los sumarios), según edad y género

Característica	Preoperatorio (Basal)	Postoperatorio (1 mes)	Postoperatorio (12 meses)
<u>Edad</u>			
> 40 años (Total)	76.5	69.2	78.5
< 40 años (Total)	80.7	73.0	85.0
> 40 años (PCS)	37.1	31.2	39.2
< 40 años (PCS)	40.5	33.6	43.9
> 40 años (MCS)	39.4	38.1	39.3
< 40 años (MCS)	40.2	39.3	41.1
<u>Genero</u>			
Hombre (Total)	78.6	71.2	82.0
Mujer (Total)	74.3	67.6	73.6
Hombre (PCS)	38.3	32.1	41.1
Mujer (PCS)	37.8	31.4	38.4
Hombre (MCS)	40.3	39.0	40.9
Mujer (MCS)	36.4	36.2	35.1

PCS = Physical Composite Score (Resumen físico)

MCS = Mental Composite Score (Resumen mental)

Tabla 4. Puntuaciones totales del SF-36 (media), según distintas variables

	Basal	1 mes	12 meses
<u>Edad</u>			
> 40 años	76.5*	69.2	78.5*
< 40 años	80.7*	73.0	85.0*
<u>Sexo</u>			
Hombre	78.6	71.2	82.0*
Mujer	74.3	67.6	73.6*
<u>Patología</u>			
HI unilateral	76.6*	69.3	80.7
Quiste pilonidad	84.2*	70.8	84.3
<u>Hernia inguinal</u>			
Unilateral	76.6	69.3	80.7
Bilateral	75.2	64.5	79.6
<u>Técnica quirúrgica (HI)</u>			
Rutkow-Robins	79.7	72.5*	83.3
Prolene Hernia System	75.1	66.2*	71.2
<u>Complicaciones postoperatorias</u>			
Presencia	83.0*	69.9	85.5
Ausencia	77.0*	69.1	79.0

HI = Hernia inguinal

* $p < 0.05$, entre grupos en el mismo momento evolutivo

Nota = todas las variables se reducen al mes y se normalizan al año

Tabla 5. Estadística descriptiva de la edad en los diferentes grupos.

EDAD en años. Todos los pacientes

Número	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típica
372	14	81	45.81	15.77

EDAD en años. Menores de 40 años

Número	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típica
125	14	39	27.82	6.99

EDAD en años. Iguales o mayores de 40 años

Número	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típica
247	40	81	59.92	10.13

EDAD en años. Varones

Número	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típica
303	14	81	46.59	15.47

EDAD en años. Mujeres

Número	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típica
69	15	76	42.39	16.69

Tabla 6. Resultados en porcentaje de las diferentes dimensiones de los 3 cuestionarios

Dimensiones	Rango	Pre (-1) %	Post (30) %	Post (360) %
Función física	0 - 100	84.0	83.17	89.21
Rol físico	0 - 100	72.11	27.25	81.69
Dolor corporal	0 - 100	72.49	61.38	77.87
Salud general	0 - 100	65.75	55.99	66.45
Vitalidad	0 - 100	70.15	67.69	71.11
Función social	0 - 100	88.59	81.45	87.89
Rol emocional	0 - 100	86.20	83.28	87.89
Salud mental	0 - 100	78.59	78.54	77.75
Transición	0 - 100	46.29	51.31	60.56

Tabla 7. Resultados de los resúmenes físico y mental

Dimensiones	Rango	Pre (-1) %	Post (30) %	Post (360) %
Resumen Físico (RF)	0 – 50	38.15	31.99	40.64
Resumen Mental (RM)	0 – 50	39.62	29.65	39.87
Total	0 – 100	77.77	61.54	80.51

Tabla 8. Resultados resúmenes en ≥ 40 años

Dimensiones	Rango	Pre (-1) %	Post (30) %	Post (360) %
≥ 40 años (RF)	0 – 50	37.06	31.16	39.17
≥ 40 años (RM)	0 – 50	39.38	38.08	39.34
Total ≥ 40 años	0 – 100	76.44	69.23	78.51

Tabla 9. Resultados resúmenes en < 40 años

Dimensiones	Rango	Pre (-1) %	Post (30) %	Post (360) %
< 40 años (RF)	0 – 50	40.47	33.65	43.91
< 40 años (RM)	0 – 50	40.20	39.31	41.08
Total < 40 años	0 – 100	80.67	72.96	84.99

Tabla 10. Resultados resúmenes en hombres

Dimensiones	Rango	Pre (-1) %	Post (30) %	Post (360) %
Hombres (RF)	0 – 50	38.31	32.15	41.11
Hombres (RM)	0 – 50	40.32	39.02	40.92
Total hombres	0 – 100	78.62	71.17	82.04

Tabla 11. Resultados resúmenes en mujeres

Dimensiones	Rango	Pre (-1) %	Post (30) %	Post (360) %
Mujeres (RF)	0 – 50	37.82	31.39	38.45
Mujeres (RM)	0 – 50	36.44	36.22	35.13
Total mujeres	0 – 100	74.26	67.61	73.68

PRUEBA T DE COMPARACIÓN DE MEDIAS.

Puntos totales pre: Puntos totales del cuestionario realizado en el preoperatorio inmediato

Puntos totales post: Puntos totales del cuestionario realizado a los 30 días de la intervención

Puntos totales A: Puntos totales del cuestionario realizado al año de la intervención

Tabla 12. Todos los pacientes. Grupos relacionados

	Media	N	Desviación Típica	Diferencia de medias	IC al 95% para la diferencia		t	p
					Inferior	Superior		
Puntos totales post	2275.09	339	866.81	-469.27	-562.57	-375.97	-9.89	<0.001
Puntos totales pre	2744.37	339	606.15					
Puntos totales A	2892.06	247	559.26	151.90	81.50	222.30	4.25	<0.001
Puntos totales pre	2740.16	247	616.03					
Puntos totales A	2883.76	258	568.03	671.76	554.78	788.74	11.30	<0.001
Puntos totales post	2212.00	258	955.71					

Tabla 13. Todos los pacientes por grupos de edad. Grupos independientes

	Media	N	Desviación Típica	Prueba de Levene Igualdad de varianzas		Diferencia de medias	T	p
				F	Significación			
Puntos totales pre < 40 años	2874.88	122	502.90	6.74	0.010	196.38	3.16	0.002
Puntos totales Pre ≥ 40 años	2678.50	236	646.24					
Puntos totales post < 40 años	2350.41	121	879.83	0.046	0.831	124.81	1.27	0.20
Puntos totales post ≥ 40 años	2225.60	234	869.15					
Puntos totales A < 40 años	3059.63	80	393.34	17.02	<0.001	254.90	3.99	<0.001
Puntos totales A ≥ 40 años	2804.72	178	615.78					

Tabla 14. Todos los pacientes por sexo. Grupos independientes

	Media	N	Desviación Típica	Prueba de Levene Igualdad de varianzas		Diferencia de medias	t	p
				F	Significación			
Puntos totales pre varones	2783.94	287	577.91	2.11	0.147	152.19	1.84	0.065
Puntos totales pre mujeres	2631.75	63						
Puntos totales post varones	2259.14	284	910.82	4.18	0.042	-57.84	0.56	0.63
Puntos totales post mujeres	2316.98	63	685.98					
Puntos totales A varones	2939.44	207	539.70	2.33	0.127	271.94	2.92	0.004
Puntos totales A mujeres	2667.50	44	650.47					

Tabla 15. Pacientes varones. Grupos relacionados

	Media	N	Desviación Típica	Diferencia de medias	IC al 95% para la diferencia		t	p
					Inferior	Superior		
Puntos totales post	2273.35	272	900.87	-514.74	-625.95	-403.52	9.11	<0.001
Puntos totales pre	2788.09	272	571.24					
Puntos totales A	2954.37	197	523.96	146.24	68.54	223.94	3.71	<0.001
Puntos totales pre	2808.12	197	583.55					
Puntos totales A	2939.44	207	539.70	729.90	592.09	867.70	10.44	<0.001
Puntos totales post	2209.54	207	1011.54					

Tabla 16. Pacientes mujeres. Grupos relacionados

	Media	N	Desviación Típica	Diferencia de medias	IC al 95% para la diferencia		t	p
					Inferior	Superior		
Puntos totales post	2292.88	59	694.51	-315.76	-459.17	-172.35	-4.40	<0.001
Puntos totales pre	2608.64	59	660.39					
Puntos totales A	2654.77	43	652.59	193.72	12.26	375.17	2.15	0.037
Puntos totales pre	2461.05	43	683.23					
Puntos totales A	2667.50	44	650.47	489.20	283.90	694.50	4.80	<0.001
Puntos totales post	2178.30	44	717.99					

Tabla 17. Pacientes menores de 40 años. Grupos relacionados

	Media	N	Desviación Típica	Diferencia de medias	IC al 95% para la diferencia		t	p
					Inferior	Superior		
Puntos totales post	2365.42	118	879.43	-510.46	-672.80	-348.13	-6.22	<0.001
Puntos totales pre	2875.89	118	502.36					
Puntos totales A	3072.40	77	368.22	140.90	45.80	236.01	2.95	0.004
Puntos totales pre	2931.49	77	474.92					
Puntos totales A	3059.66	80	393.34	772.50	547.06	997.93	6.82	<0.001
Puntos totales post	2287.13	80	1008.94					

Tabla 18. Pacientes iguales o mayores de 40 años. Grupos relacionados

	Media	N	Desviación Típica	Diferencia de medias	IC al 95% para la diferencia		t	p
					Inferior	Superior		
Puntos totales post	2236.99	219	850.37	-450.70	-566.37	-335.04	- 7.68	<0.001
Puntos totales pre	2687.69	219	625.93					
Puntos totales A	2810.38	170	610.56	156.88	63.51	250.25	3.31	0.001
Puntos totales pre	2653.50	170	653.25					
Puntos totales A	2804.72	178	615.78	626.48	489.54	763.43	9.02	<0.001
Puntos totales post	2178.23	178	931.76					

COMPARACIÓN DE MÉDIAS DE LAS DIFERENTES DIMENSIONES.
GRUPOS RELACIONADOS

Tabla 19. **Función física**

	Media	N	Desviación Típica	Diferencia de medias	IC al 95% para la diferencia		t	p
					Inferior	Superior		
Puntos totales función física post	831.72	309	185.20	-6.79	-30.26	16.67	-0.57	0.56
Puntos totales función física pre	838.51	309	201.59					
Puntos totales función física A	893.93	247	208.45	59.91	35.34	84.49	4.80	<0.001
Puntos totales función física pre	834.00	247	172.27					
Puntos totales función física A	890.53	227	177.27	60.35	39.03	81.88	5.57	<0.001
Puntos totales función física post	830.18	227	181.87					

Tabla 20. **Rol físico**

	Media	N	Desviación Típica	Diferencia de medias	IC al 95% para la diferencia		T	p
					Inferior	Superior		
Puntos totales rol físico post	107.17	307	164.33	-178.82	-201.13	-156.52	-15.77	<0.001
Puntos totales rol físico pre	285.99	307	166.17					
Puntos totales rol físico A	329.39	245	138.61	41.63	18.09	65.16	3.48	<0.001
Puntos totales rol físico pre	287.76	245	164.75					
Puntos totales rol físico A	322.12	226	145.89	215.04	188.55	241.53	15.99	<0.001
Puntos totales rol físico post	107.08	226	164.50					

Tabla 21. **Dolor corporal**

	Media	N	Desviación Típica	Diferencia de medias	IC al 95% para la diferencia		T	p
					Inferior	Superior		
Puntos totales dolor corporal post	123.94	308	48.62	-20.53	-26.92	-14.15	-6.32	<0.001
Puntos totales dolor corporal pre	144.48	308	49.47					
Puntos totales dolor corporal A	155.98	246	45.99	10.08	3.47	16.68	3.00	0.003
Puntos totales dolor corporal pre	145.89	246	49.64					
Puntos totales dolor corporal A	155.02	226	46.90	32.14	24.63	39.65	8.43	<0.001
Puntos totales dolor corporal post	122.88	226	48.60					

Tabla 22. **Salud general**

	Media	N	Desviación Típica	Diferencia de medias	IC al 95% para la diferencia		t	p
					Inferior	Superior		
Puntos totales salud general post	281.64	339	109.44	-48.45	-59.59	-37.31	-8.55	<0.001
Puntos totales salud general pre	330.09	339	92.15					
Puntos totales salud general A	333.50	247	96.66	4.75	-5.88	15.40	0.88	0.38
Puntos totales salud general pre	328.74	247	97.02					
Puntos totales salud general A	332.27	258	95.86	38.95	26.41	51.49	6.11	<0.001
Puntos totales salud general post	293.31	258	118.91					

Tabla 23. **Vitalidad**

	Media	N	Desviación Típica	Diferencia de medias	IC al 95% para la diferencia		t	p
					Inferior	Superior		
Puntos totales vitalidad post	271.86	307	80.40	-8.99	-17.09	-0.88	-2.18	0.03
Puntos totales vitalidad pre	280.85	307	75.89					
Puntos totales vitalidad A	281.80	245	78.63	-2.61	-11.96	6.74	-0.55	0.583
Puntos totales vitalidad pre	284.41	245	74.06					
Puntos totales vitalidad A	273.69	225	78.58	-9.95	-19.24	-0.66	-2.11	0.036
Puntos totales vitalidad post	283.64	225	74.27					

Tabla 24. **Función social**

	Media	N	Desviación Típica	Diferencia de medias	IC al 95% para la diferencia		T	p
					Inferior	Superior		
Puntos totales función social post	163.76	307	44.37	-13.84	-18.96	-8.71	-5.31	<0.001
Puntos totales función social pre	177.61	307	36.45					
Puntos totales función social A	176.73	245	34.65	0.61	-3.95	5.17	0.26	0.79
Puntos totales función social pre	176.02	245	36.34					
Puntos totales función social A	163.61	226	43.97	-11.17	-17.01	-5.33	-3.77	<0.001
Puntos totales Función social post	174.78	226	36.05					

Tabla 25. **Rol emocional**

	Media	N	Desviación Típica	Diferencia de medias	IC al 95% para la diferencia		T	p
					Inferior	Superior		
Puntos totales rol emocional post	250.81	307	100.44	-7.49	-19.52	4.54	-1.22	0.21
Puntos totales rol emocional pre	258.31	307	96.10					
Puntos totales rol emocional A	268.98	245	83.57	10.20	-3.62	24.02	1.45	0.14
Puntos totales rol emocional pre	258.78	245	96.95					
Puntos totales rol emocional A	265.33	225	87.36	19.55	5.09	34.01	2.66	0.008
Puntos totales rol emocional post	245.78	225	106.03					

Tabla 26. **Salud mental**

	Media	N	Desviación Típica	Diferencia de medias	IC al 95% para la diferencia		t	p
					Inferior	Superior		
Puntos totales salud mental post	393.88	307	118.91	1.69	-5.90	9.28	0.439	0.661
Puntos totales salud mental pre	392.18	307	88.83					
Puntos totales salud mental A	390.12	245	83.46	-3.51	-14.10	7.08	-0.65	0.515
Puntos totales salud mental pre	393.63	245	89.54					
Puntos totales salud mental A	387.91	225	85.95	-8.17	-18.39	2.03	-1.57	0.116
Puntos totales salud mental post	396.09	225	88.37					

Tabla 27. **Transición de salud**

	Media	N	Desviación Típica	Diferencia de medias	IC al 95% para la diferencia		t	p
					Inferior	Superior		
Puntos totales transición de salud post	51.54	309	19.62	5.17	2.80	7.54	4.30	<0.001
Puntos totales transición de salud pre	56.36	309	15.89					
Puntos totales transición de salud A	60.77	246	22.71	15.42	12.09	18.18	9.78	<0.001
Puntos totales transición de salud pre	45.63	246	14.41					
Puntos totales transición de salud A	61.45	227	22.70	10.24	6.95	13.53	6.13	<0.001
Puntos totales transición de salud post	51.21	227	18.55					

6.2 Figuras

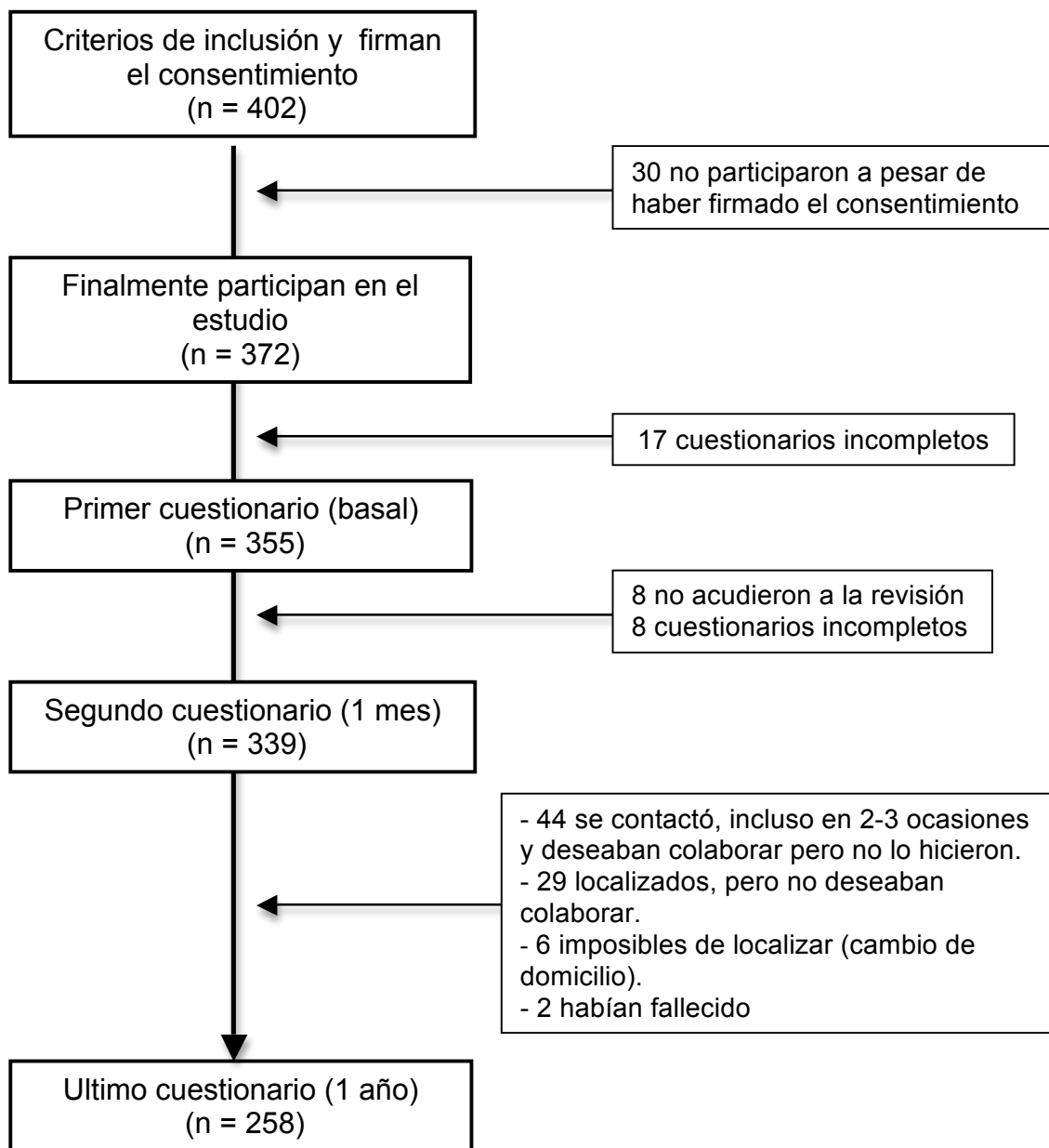


Fig. 1. Pacientes incluidos y perdidos durante el seguimiento

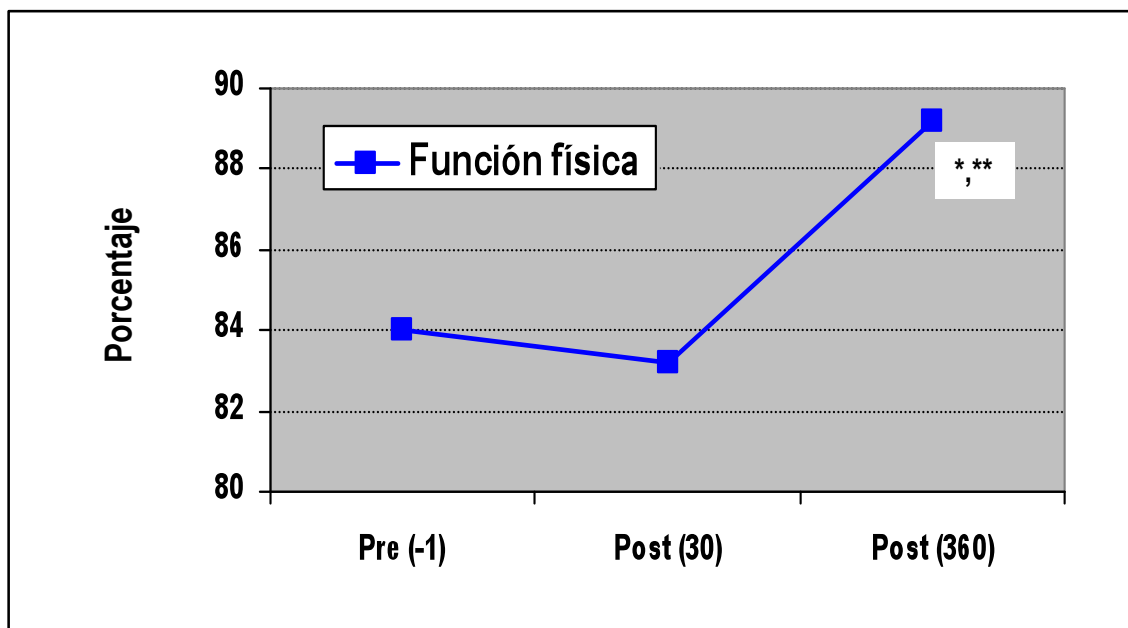


Fig. 2. Valor de la dimensión función física del cuestionario SF-36 (0 = mínima - 100 = máxima calidad de vida) en diferentes momentos del estudio (antes de la cirugía, al mes y al año de la misma).
* $p < 0.001$ (pre vs. post-360); ** $p < 0.001$ (post-30 vs. post-360).

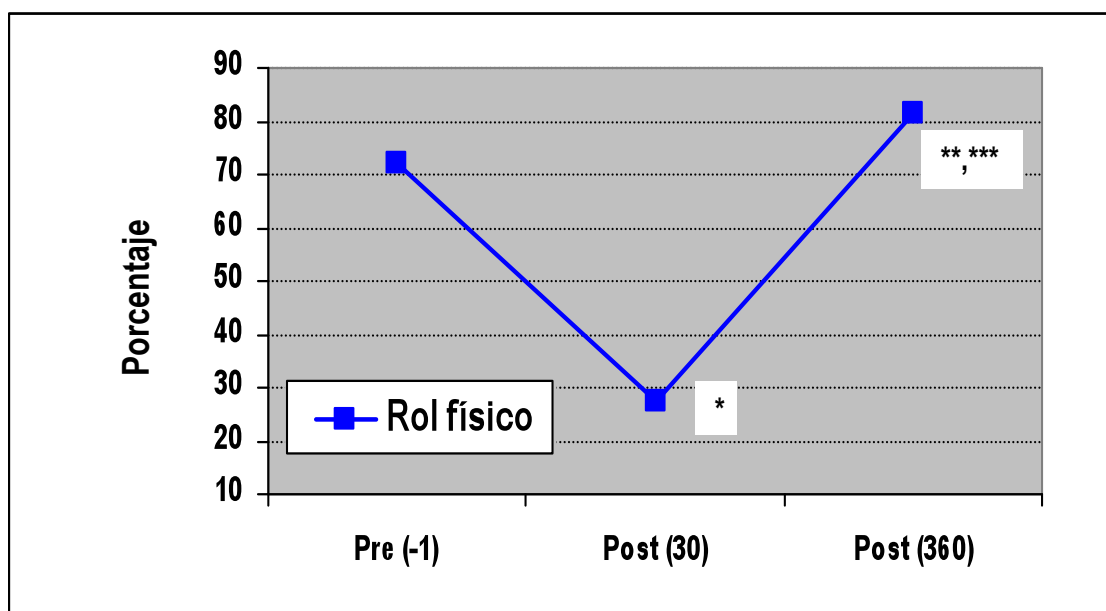


Fig.3. Valor de la dimensión rol físico del cuestionario SF-36 (0 = mínima - 100 = máxima calidad de vida) en diferentes momentos del estudio (antes de la cirugía, al mes y al año de la misma).
* $p < 0.001$ (pre vs. post-30); ** $p < 0.001$ (pre vs. post-360); *** $p < 0.001$ (post-30 vs. post-360).

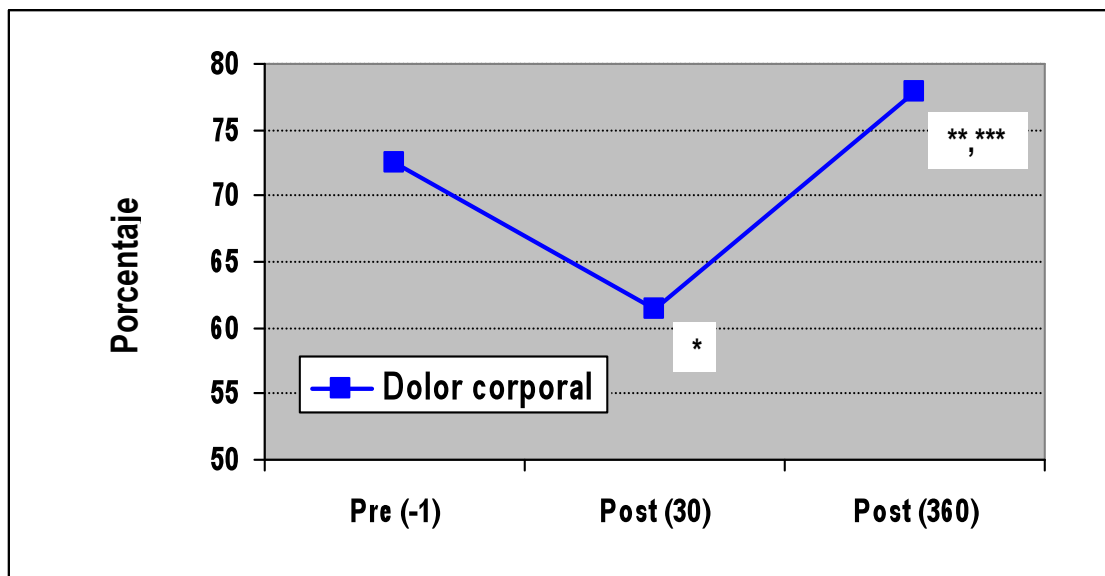


Fig. 4. Valor de la dimensión dolor corporal del cuestionario SF-36 (0 = mínima - 100 = máxima calidad de vida) en diferentes momentos del estudio (antes de la cirugía, al mes y al año de la misma).
* $p < 0.001$ (pre vs. post-30); ** $p = 0.003$ (pre vs. post-360); *** $p < 0.001$ (post-30 vs. post-360).

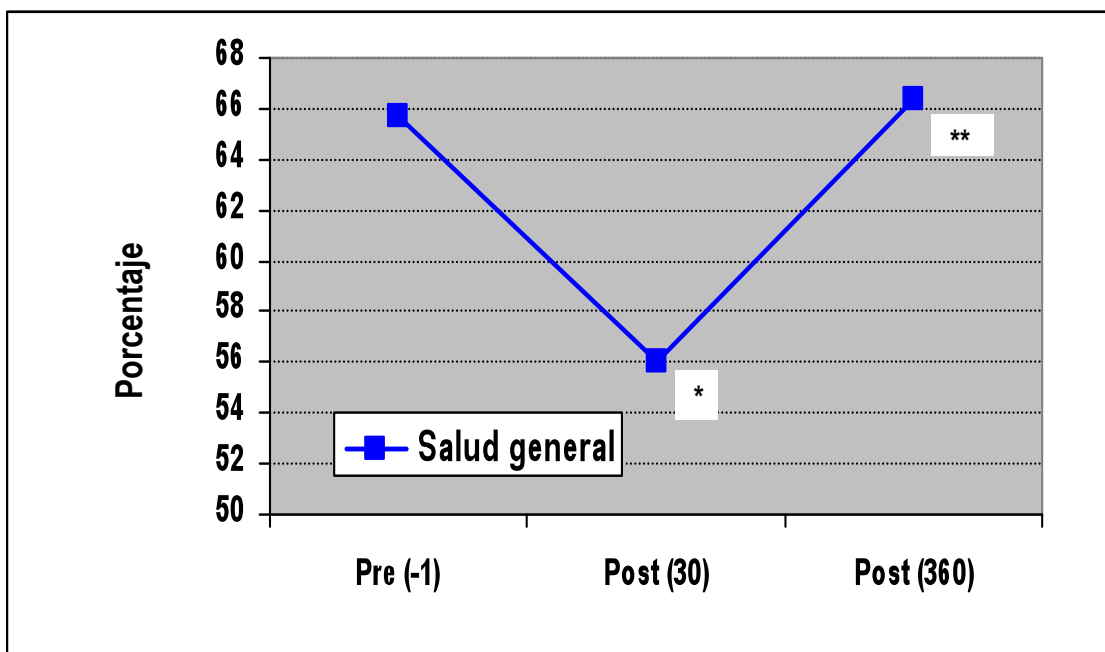


Fig. 5. Valor de la dimensión salud general del cuestionario SF-36 (0 = mínima - 100 = máxima calidad de vida) en diferentes momentos del estudio (antes de la cirugía, al mes y al año de la misma).
* $p < 0.001$ (pre vs. post-30); ** $p < 0.001$ (post-30 vs. post-360).

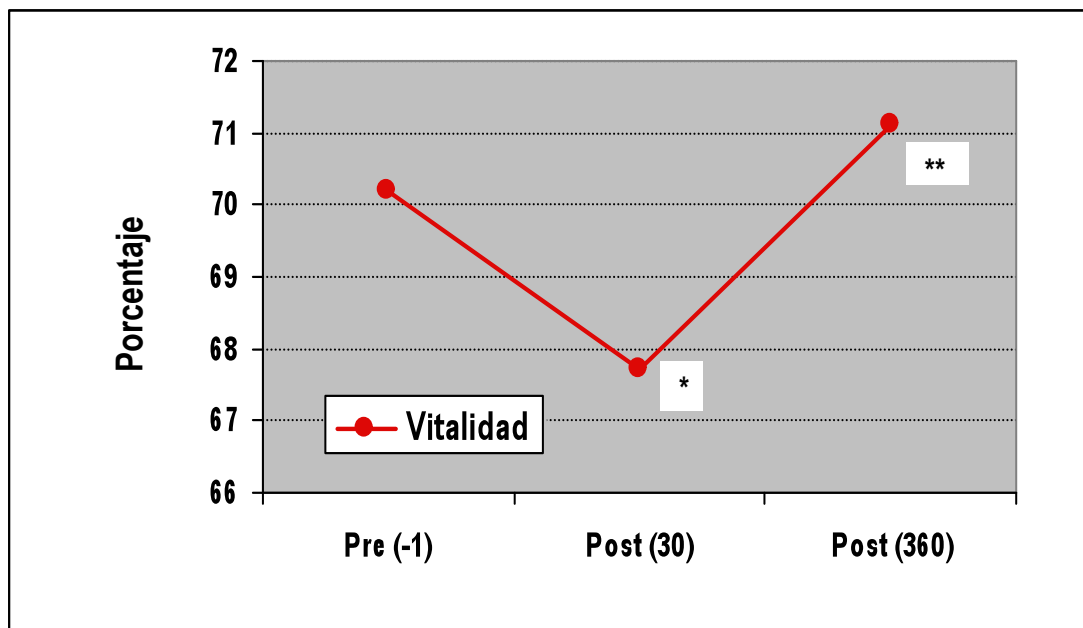


Fig. 6 Valor de la dimensión vitalidad del cuestionario SF-36 (0 = mínima - 100 = máxima calidad de vida) en diferentes momentos del estudio (antes de la cirugía, al mes y al año de la misma).
* $p = 0.03$ (pre vs. post-30); ** $p = 0.036$ (post-30 vs. post-360).

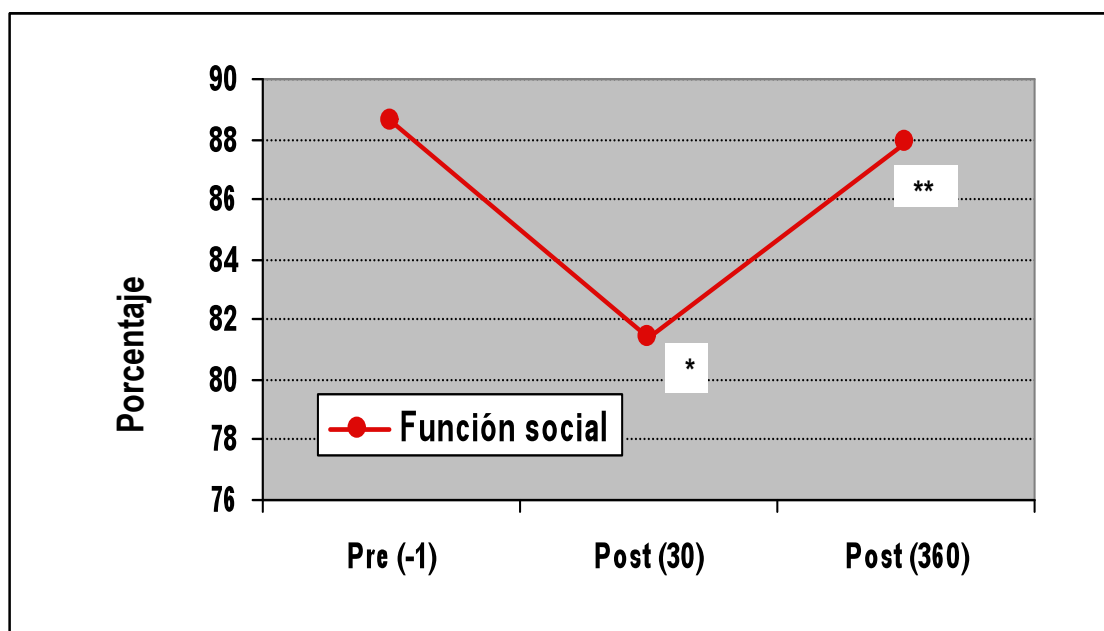


Fig. 7. Valor de la dimensión función social del cuestionario SF-36 (0 = mínima - 100 = máxima calidad de vida) en diferentes momentos del estudio (antes de la cirugía, al mes y al año de la misma).
* $p < 0.001$ (pre vs. post-30); ** $p < 0.001$ (post-30 vs. post-360).

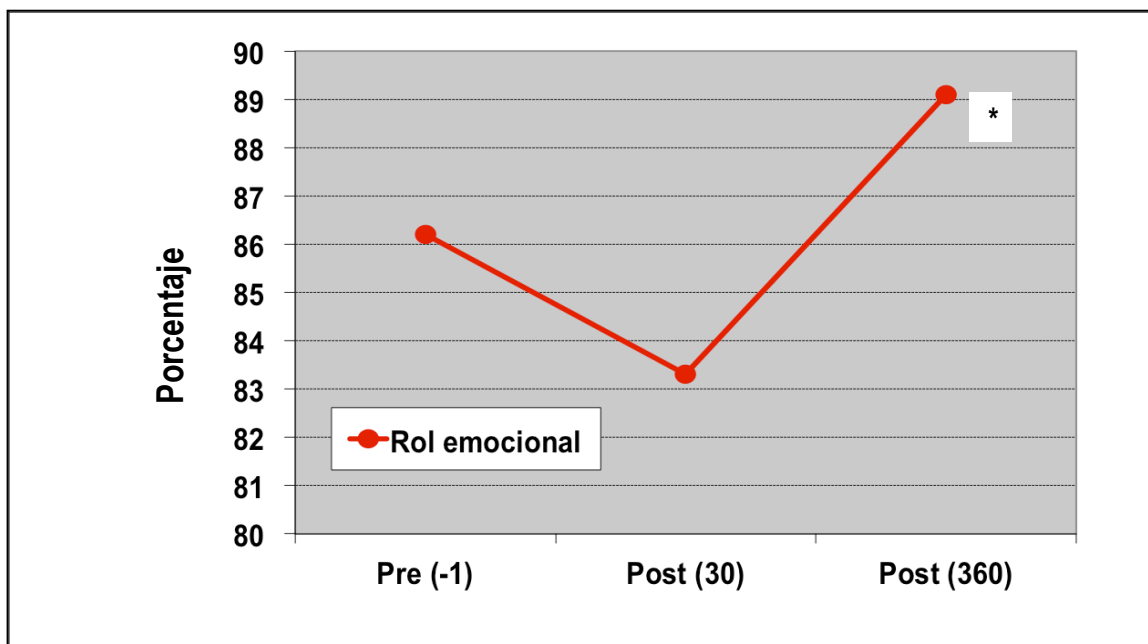


Fig. 8. Valor de la dimensión rol emocional del cuestionario SF-36 (0 = mínima - 100 = máxima calidad de vida) en diferentes momentos del estudio (antes de la cirugía, al mes y al año de la misma).
* $p = 0.008$ (post-30 vs. post-360).

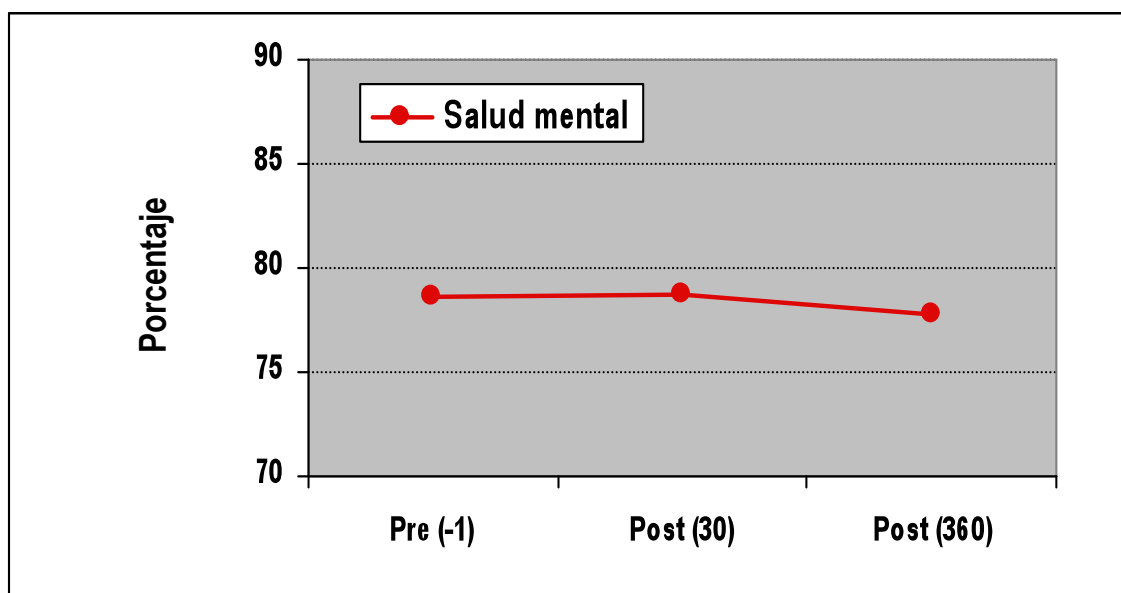


Fig. 9. Valor de la dimensión salud mental del cuestionario SF-36 (0 = mínima - 100 = máxima calidad de vida) en diferentes momentos del estudio (antes de la cirugía, al mes y al año de la misma).

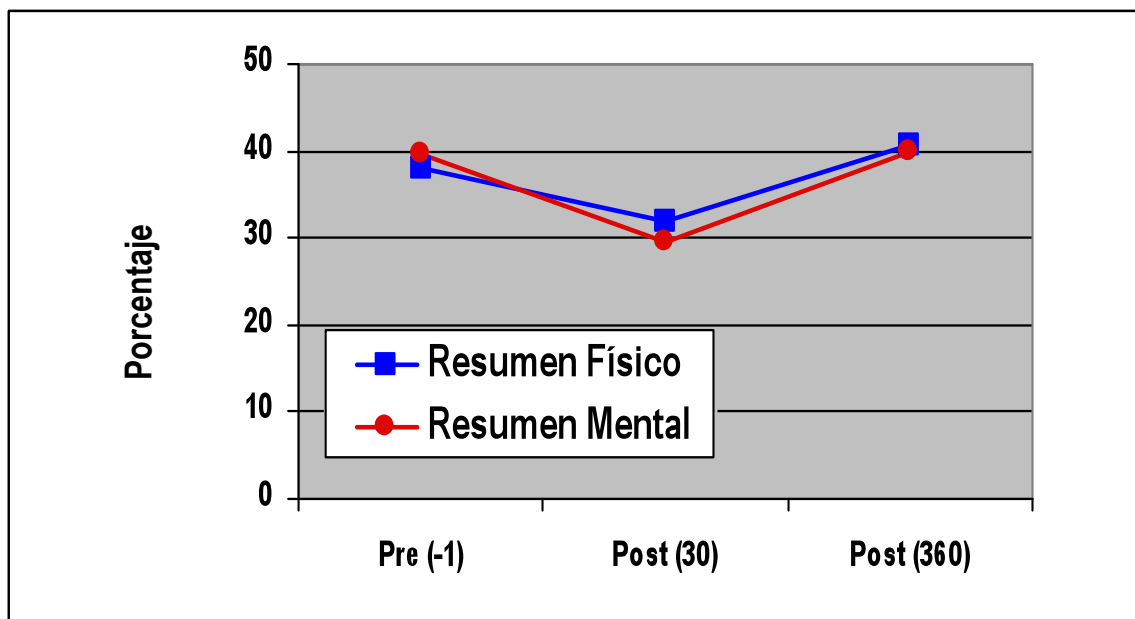


Fig. 10. Valor de las puntuaciones resúmenes de las dimensiones cuestionario SF-36 (0 = mínima - 50 = máxima calidad de vida) en diferentes momentos del estudio (antes de la cirugía, al mes y al año de la misma).

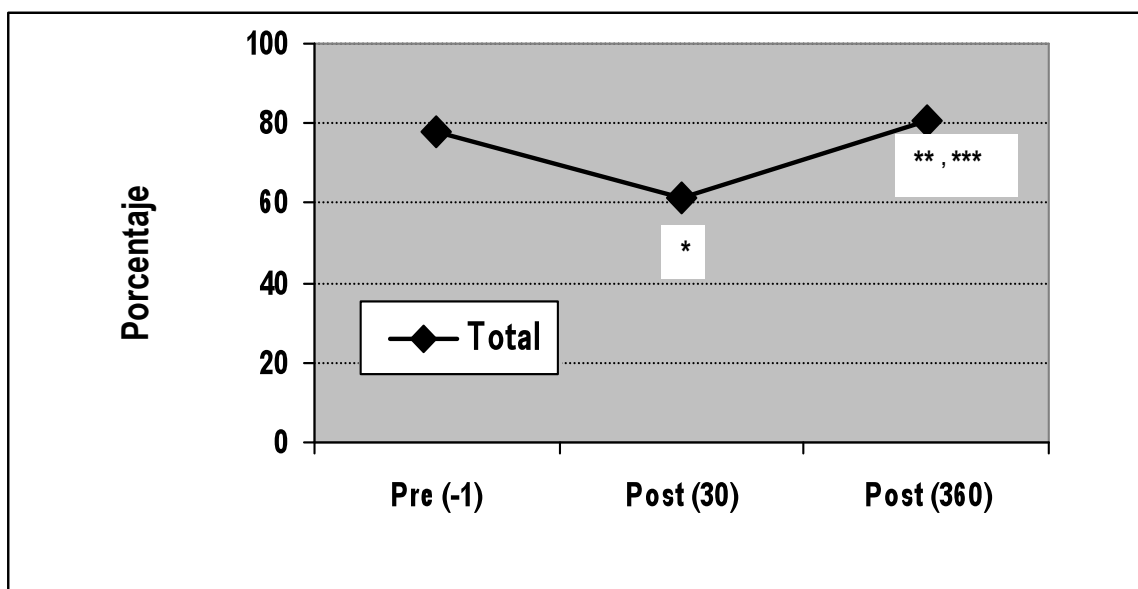


Fig. 11. Valor de la puntuación total del cuestionario SF-36 (0 = mínima - 100 = máxima calidad de vida) en diferentes momentos del estudio (antes de la cirugía, al mes y al año de la misma).
 * $p < 0.001$ (pre vs. post-30); ** $p < 0.001$ (pre vs. post-360); *** $p < 0.001$ (post-30 vs. post-360).

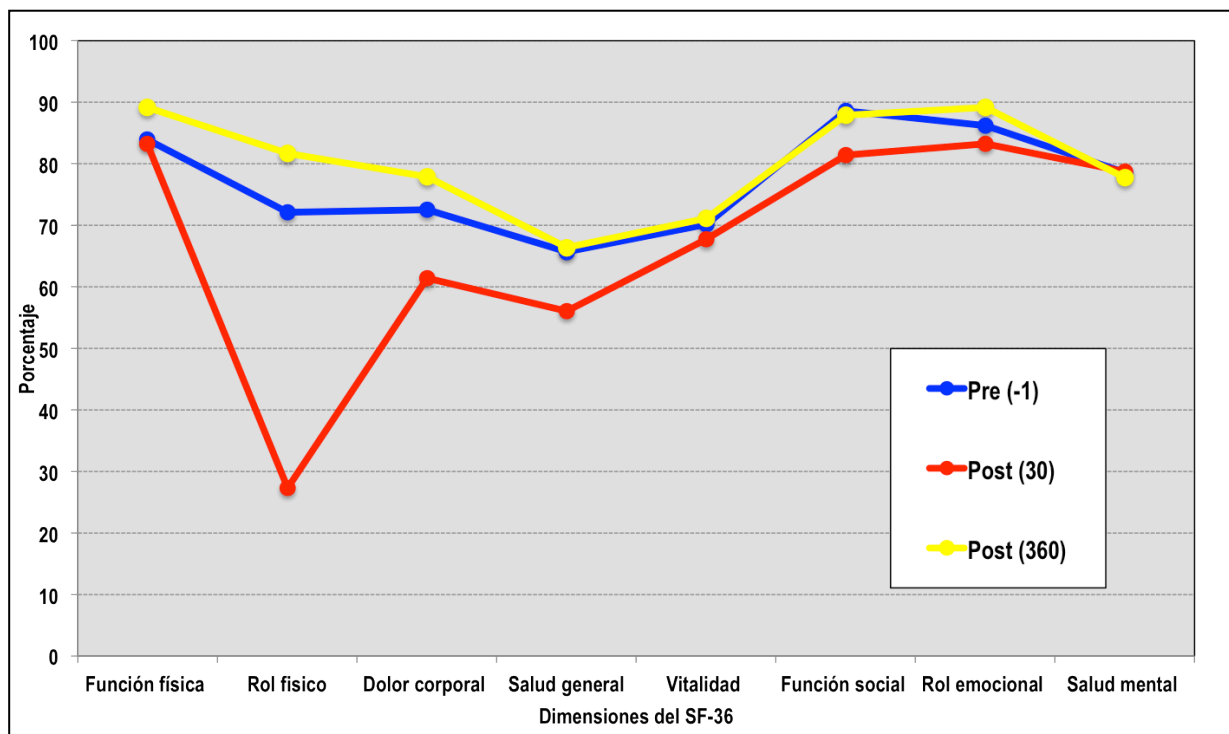


Fig. 12. Valor de las ocho dimensiones del cuestionario SF-36 (0 = mínima - 100 = máxima calidad de vida) en diferentes momentos del estudio (antes de la cirugía, al mes y al año de la misma).

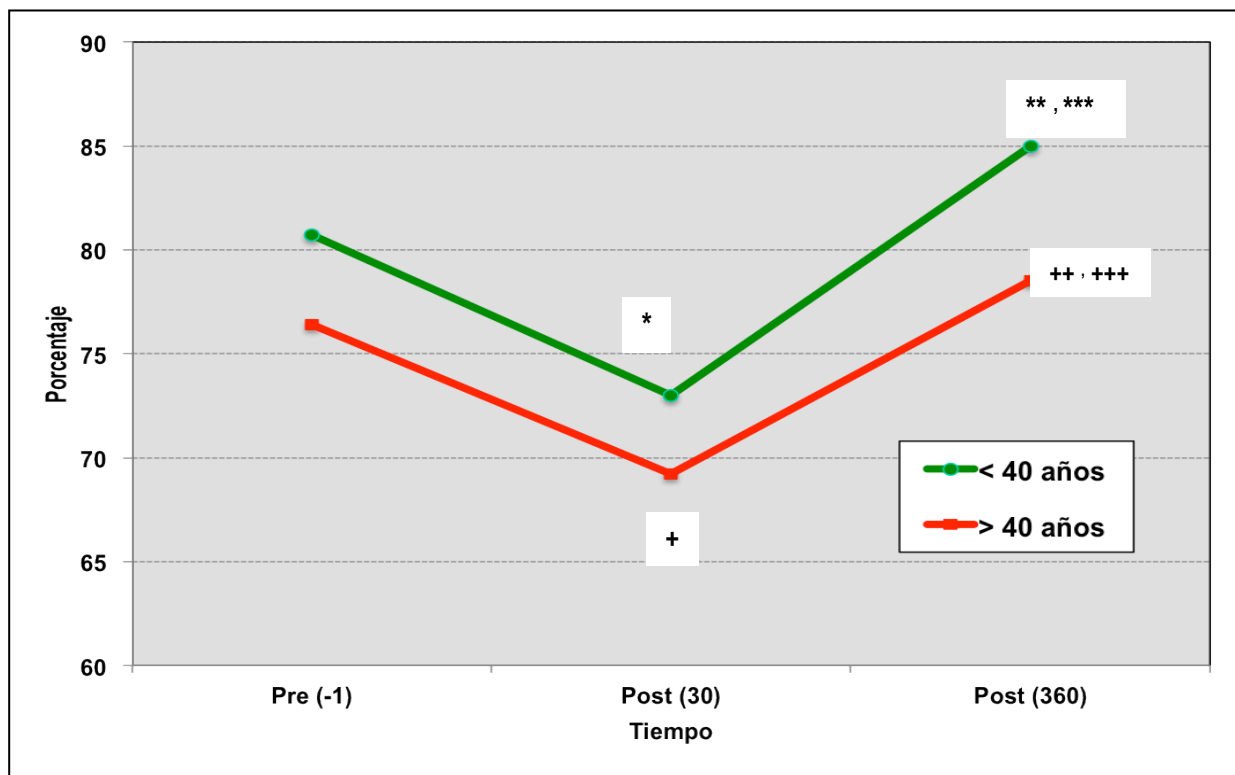


Fig. 13. Valor de la puntuación total del cuestionario SF-36 (0 = mínima - 100 = máxima calidad de vida) en diferentes momentos del estudio (antes de la cirugía, al mes y al año de la misma) según la edad.
 * p < 0.001 (pre vs. post-30); ** p = 0.004 (pre vs. post-360); *** p < 0.001 (post-30 vs. post-360)
 + p < 0.001 (pre vs. post-30); ++ p = 0.001 (pre vs. post-360); +++ p < 0.001 (post-30 vs. post-360).

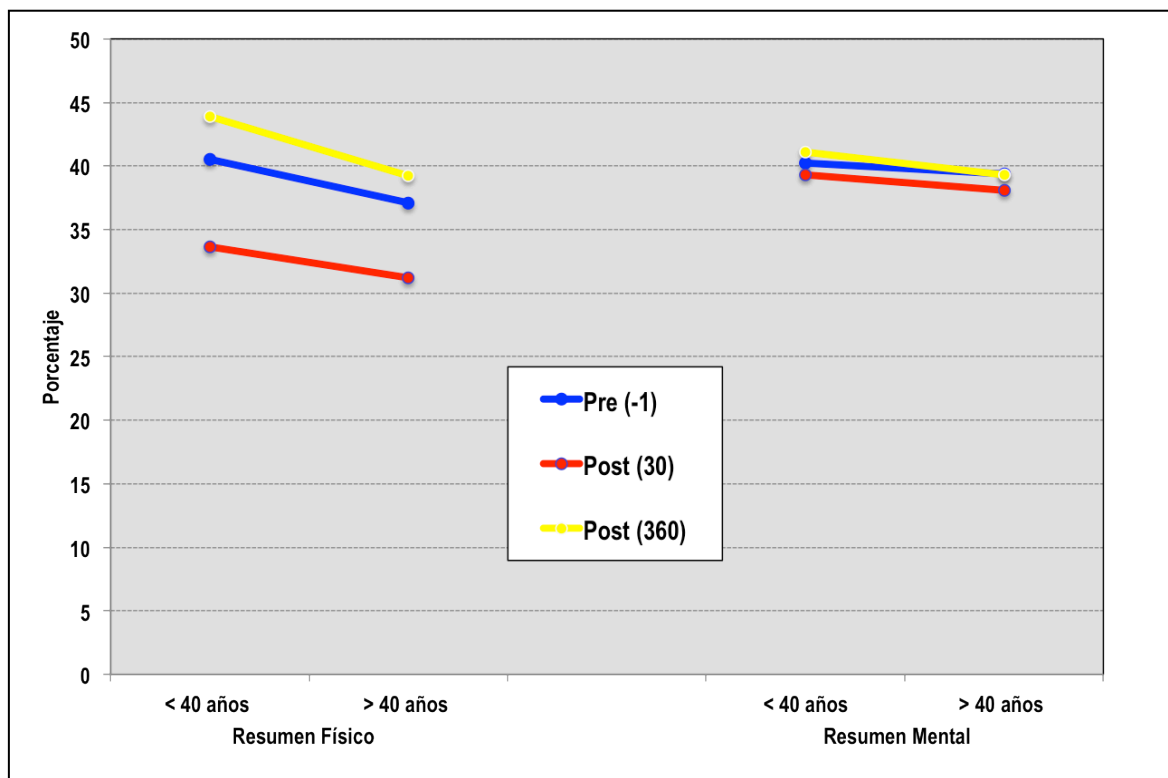


Fig. 14. Valor de los resúmenes físico y mental del cuestionario SF-36 (0 = mínima - 50 = máxima calidad de vida) en diferentes momentos del estudio (antes de la cirugía, al mes y al año de la misma) según la edad.

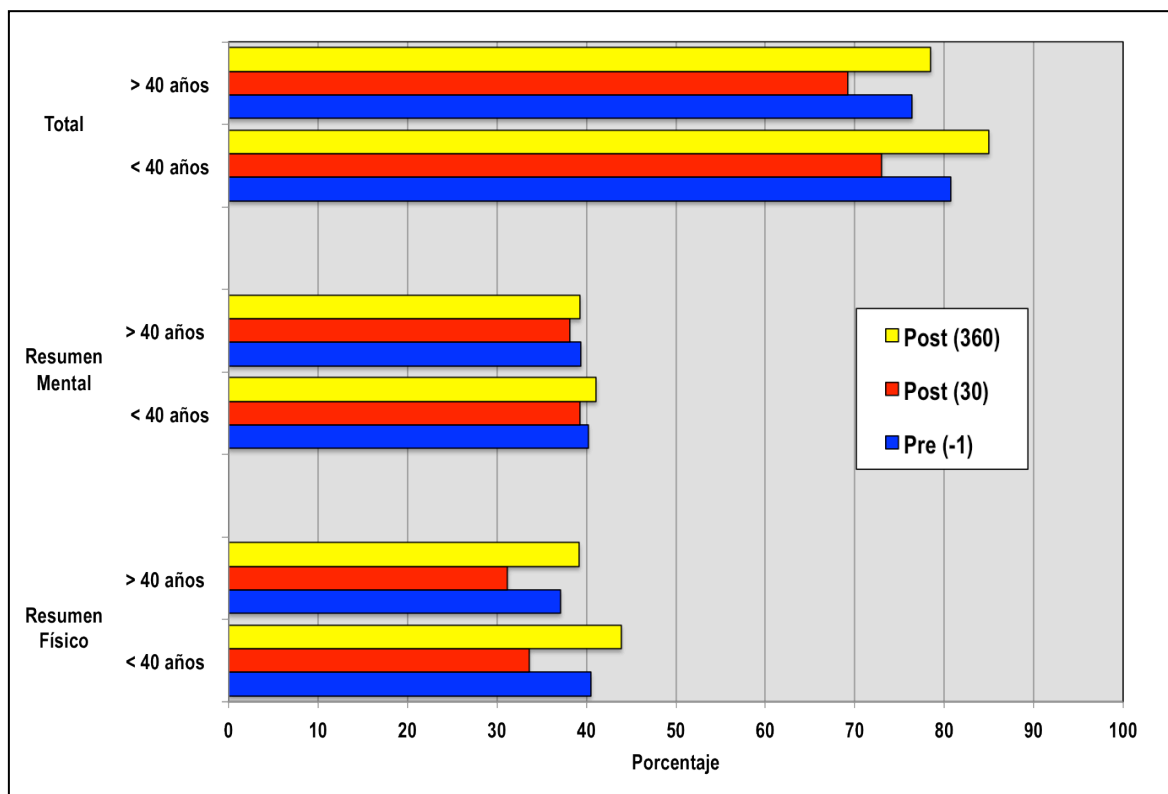


Fig. 15. Valores resumen (físico y mental) del SF-36 (0 = mínima - 50 = máxima calidad de vida) y total (0-100) en diferentes momentos del estudio (antes de la cirugía, al mes y al año de la misma) según las edad de los pacientes (por encima o por debajo de 40 años).

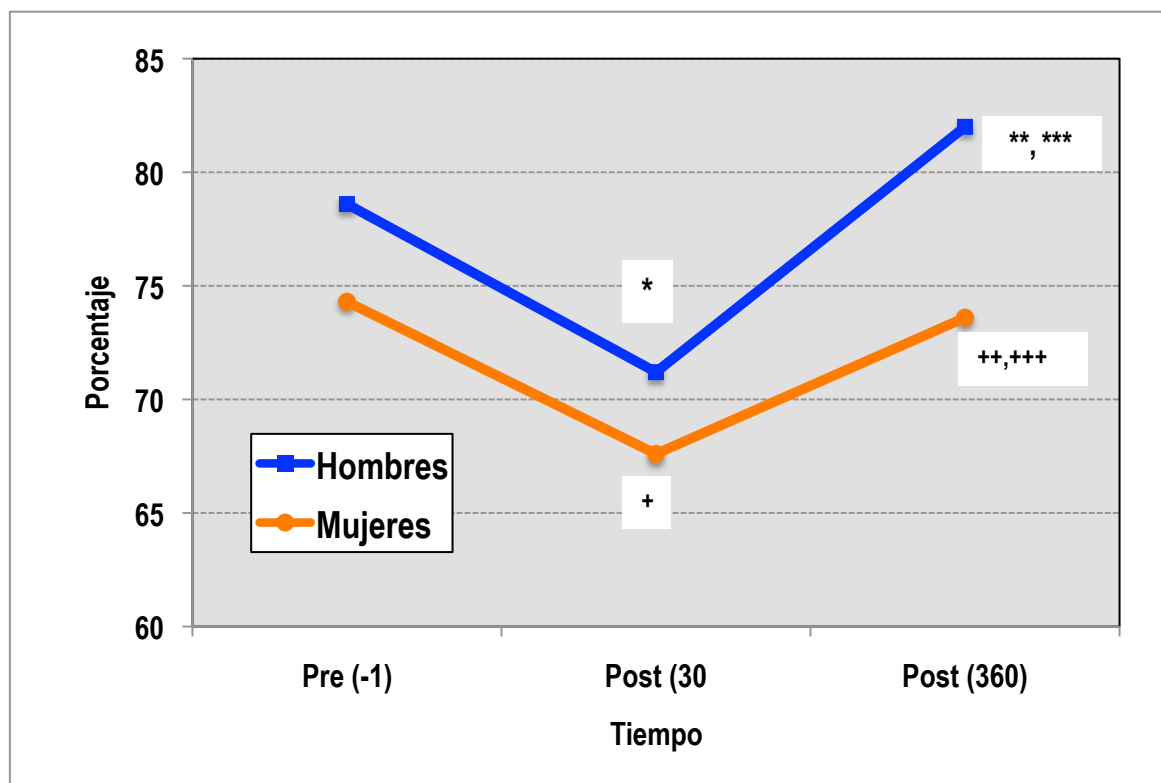


Fig. 16. Valor de la puntuación total del cuestionario SF-36 (0 = mínima - 100 = máxima calidad de vida) en diferentes momentos del estudio (antes de la cirugía, al mes y al año de la misma) según el género.
 * p < 0.001 (pre vs. post-30); ** p = 0.001 (pre vs. post-360); *** p < 0.001 (post-30 vs. post-360)
 + p < 0.001 (pre vs. post-30); ++ p = 0.037 (pre vs. post-360); +++ p < 0.001 (post-30 vs. post-360).

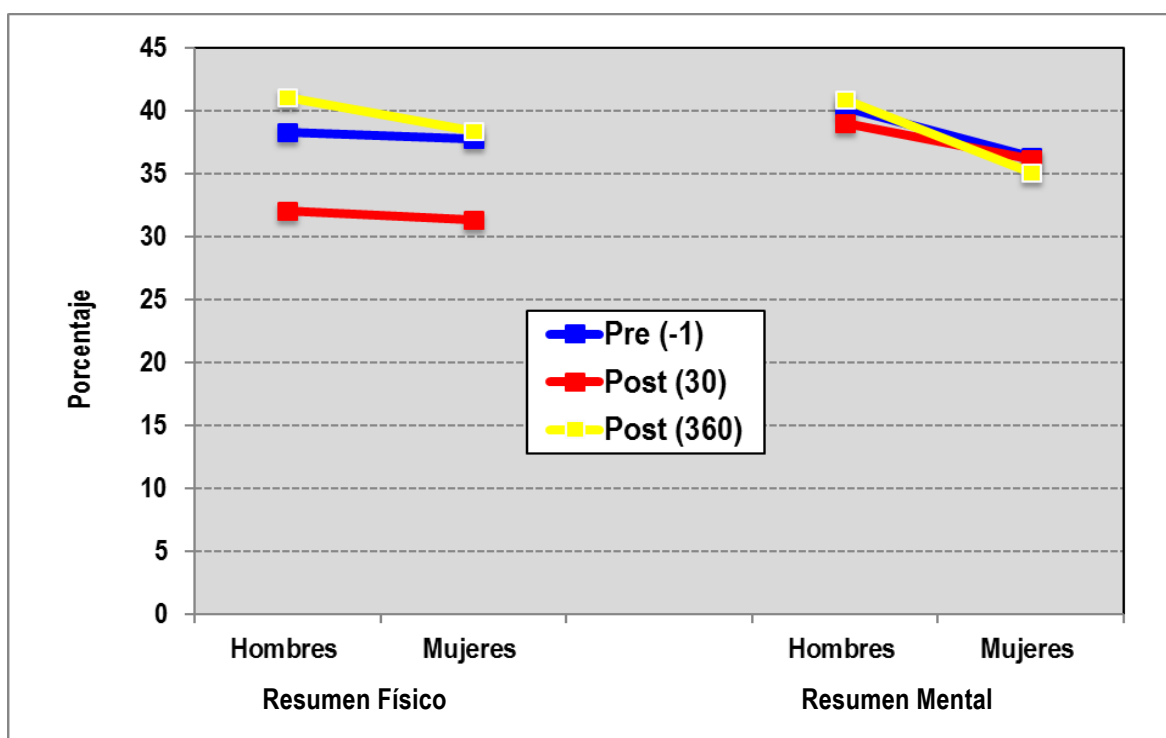


Fig. 17. Valor de los resúmenes físico y mental del cuestionario SF-36 (0 = mínima - 50 = máxima calidad de vida) en diferentes momentos del estudio (antes de la cirugía, al mes y al año de la misma) según el género.

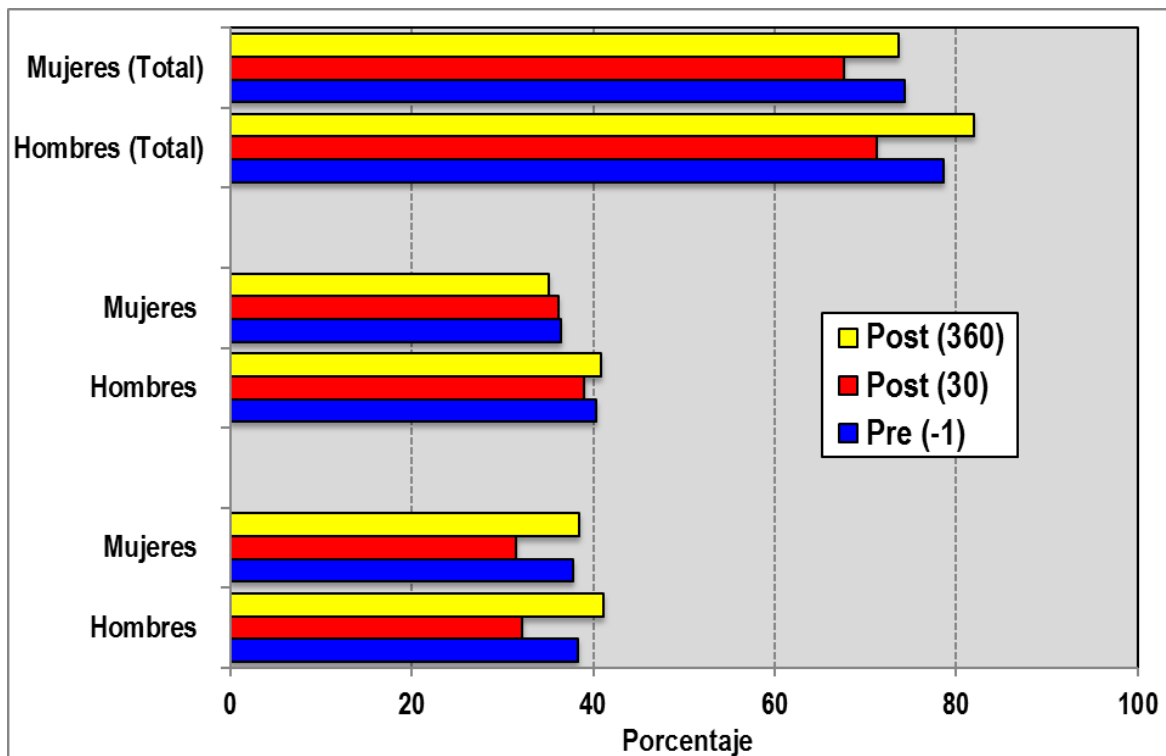


Fig. 18. Valores resumen (físico y mental) del SF-36 (0 = mínima - 50 = máxima calidad de vida) y total (0-100) en diferentes momentos del estudio (antes de la cirugía, al mes y al año de la misma) según el sexo de los pacientes.

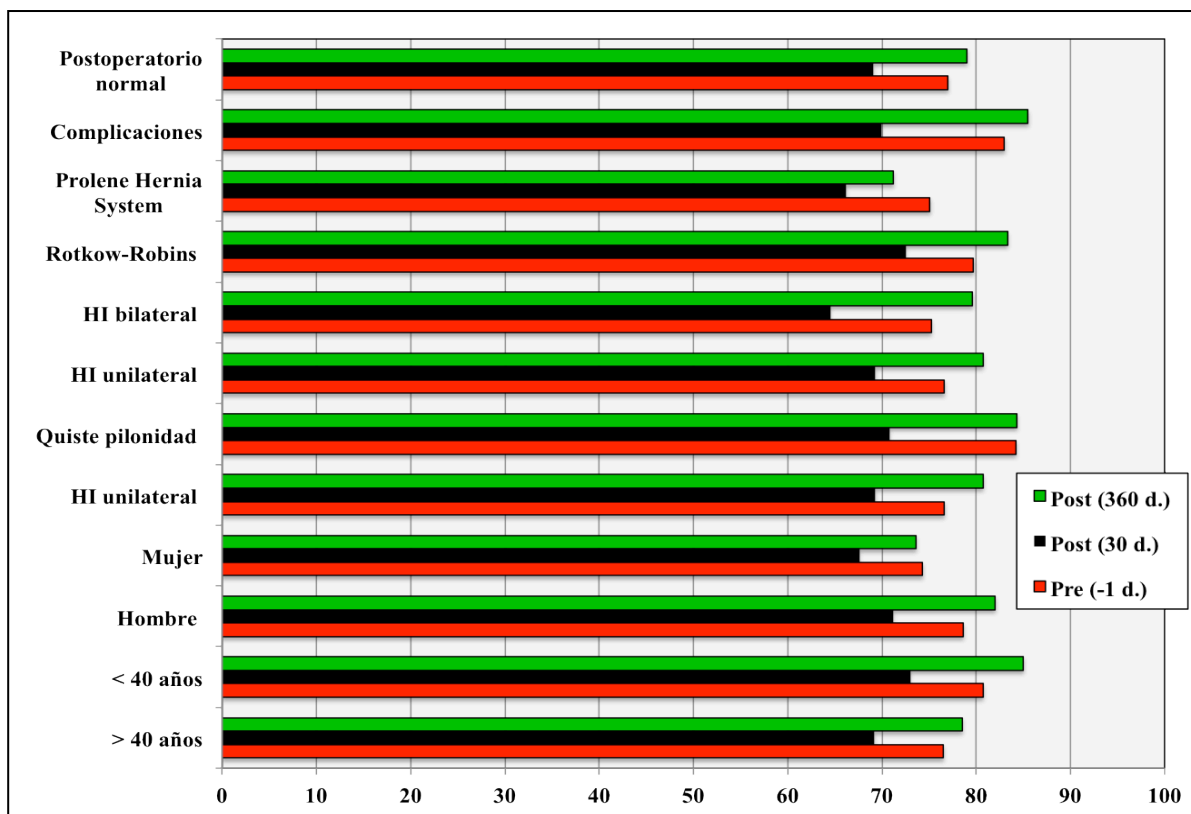


Fig. 19. Valores totales del SF-36 (0 = mínima - 100 = máxima calidad de vida) según distintas variables (todas se reducen al mes y se normalizan al año).

7. DISCUSIÓN

7- DISCUSION

7.1 Aspectos generales y metodológicos

No es necesario insistir en el impacto de la CMA y la importancia que esta tiene dentro de los sistemas públicos de salud. Pero conocer la calidad global de la CMA es tarea muy compleja y pasa por analizar numerosos aspectos médicos (recurrencias -caso de la cirugía de las hernias-, complicaciones postoperatorias, mortalidad inmediata, etc.), humanos (dolor, satisfacción del paciente, etc.), sociales (p.ej. regreso del paciente a sus actividades habituales) y económicos (gastos directos, indirectos e intangibles)^{48,66}. En este sentido, destaca sobremanera el estudio de CVRS.

La CVRS es la percepción que tiene el paciente de los efectos de una determinada enfermedad o de la aplicación de cierto tratamiento (en nuestro caso, quirúrgico) en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social. Por algo, las tradicionales medidas de mortalidad/morbilidad están dando paso a esta manera de valorar los resultados de las intervenciones, comparando unas con otras, y en esta línea, la meta de la atención en salud se está orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejora de la CVRS del paciente.

Existen numerosos instrumentos de medida de la CVRS. Estos se dividen en genéricos y específicos. Entre los primeros destaca el Cuestionario de Salud Short Form - 36 (SF-36)^{8,58}. Nosotros decidimos emplear este cuestionario por diversos motivos, que enumeramos a continuación:

- 1) Se trata del cuestionario de CVRS más difundido en la bibliografía médica. Conjuntamente ha demostrado ser útil para medir cambios pre-post operatorios en CMA⁶⁷.
- 2) Permite detectar tanto estados positivos como negativos de salud física y estado emocional.
- 3) Permite presentar resultados globales y estratificados. A partir de 36 preguntas mide ocho conceptos genéricos de salud: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, y salud mental. Posteriormente permite agregar estas ocho dimensiones en dos componentes de puntuación "*component score*": físico (PCS) y mental (MCS). Una tercera forma de presentar la puntuación es la CVRS global.

4) Instrumento genérico: al no ser específico de una determinada patología, tipo de tratamiento u otra característica (edad o sexo), permite realizar comparaciones entre las diferentes patologías motivo de nuestro estudio o las diferentes técnicas empleadas (p.ej. en cirugía de la hernia inguinal). Aunque el empleo de instrumentos específicos⁶⁸ siempre debe aportar más sensibilidad y especificidad, sobre todo en el periodo postoperatorio inmediato⁶⁹, también es cierto que impiden realizar las comparaciones entre patologías o técnicas quirúrgicas dentro de una misma patología.

5) Versión española. El SF-36 ha sido adaptado transculturalmente a nuestro medio y desde hace años está perfectamente validado al español. Los estudios españoles han mostrado buena discriminación, fiabilidad, validez y sensibilidad⁹. Los resultados obtenidos, en diferentes estudios (y situaciones), siempre han sido consistentes con el instrumento original, lo que demuestra que la versión española es equivalente y puede ser utilizada con seguridad^{11,51}.

6) El tiempo para desarrollar este instrumento de medida oscila entre 5 y 10 minutos. Conjuntamente existen validadas varias posibilidades de rellenar el cuestionario: auto-encuesta, entrevista médica, encuesta telefónica, etc. La sencillez para rellenar el cuestionario y la buena disponibilidad de nuestros pacientes ha propiciado una baja tasa de pérdidas en nuestro estudio (ver Figura 1).

Ciertamente existen disponibles otros cuestionario genéricos para medir la CVRS en CMA como el NHP (Nottingham Health Profile)⁷⁰ y sobre todo el más difundido EuroQol-5D o EQ-5D (Cuestionario Europeo de Calidad de Vida 5 Dimensiones) que también se encuentra validado al español y es más sencillo de aplicar que SF-36; no obstante⁷¹ dudan de su utilidad en CMA. Finalmente otros han empleado versiones abreviadas del Short Form-36 (SF-12) con buenos resultados⁷². En cualquiera de los casos SF-36 ha sido el más empleado en la literatura, incluyendo situaciones de CMA como iremos apreciando en el desarrollo de esta discusión.

En España, se han realizado dos estudios poblacionales (en sanos) con el SF-36, que nos sirven de referencia para nuestro estudio. El primero en 1998, con 9151 individuos, mayores de 18 años (edad media de 45,2 años, mujeres 51,8%)⁷³. En el año 2008 se hizo otro corte transversal de la población española sobre una muestra de 3953 individuos (47,1 de edad media y 58,8% de mujeres)⁶⁰. En nuestro trabajo hemos utilizado como grupo control el último estudio, que aunque con una muestra inferior es mucho más reciente en el tiempo; ello es importante dado el carácter dinámico que con el tiempo puede tener medir la calidad de vida en general y la CVRS en particular.

El conocimiento de la CVRS de un grupo poblacional español es importante pues ello nos permite conocer que es imposible alcanzar el 100% de CVRS. La CVRS global en la población española de referencia fue del 79,4; siendo del 39,8 y del 39,6 para los componentes (resumen) físicos y mental respectivamente⁶⁰.

7.2 Resultados globales

Pretendemos en este apartado discutir nuestros resultados globales; es decir la CVRS y su evolución en el tiempo del total de intervenciones CMA practicadas, sin especificar patologías, tipo de intervenciones u otros parámetros.

Nuestros resultados ponen de manifiesto que la CMA (independientemente de la patología intervenida o la técnica empleada) reduce la CVRS en el postoperatorio inmediato (30 días), la cuál se recupera al año de la cirugía superando los valores preoperatorios y equiparando su puntuación con la población sana de referencia. Estos cambios son igualmente significativos tanto para el resumen físico como mental (fig. 20, 21 y 22).

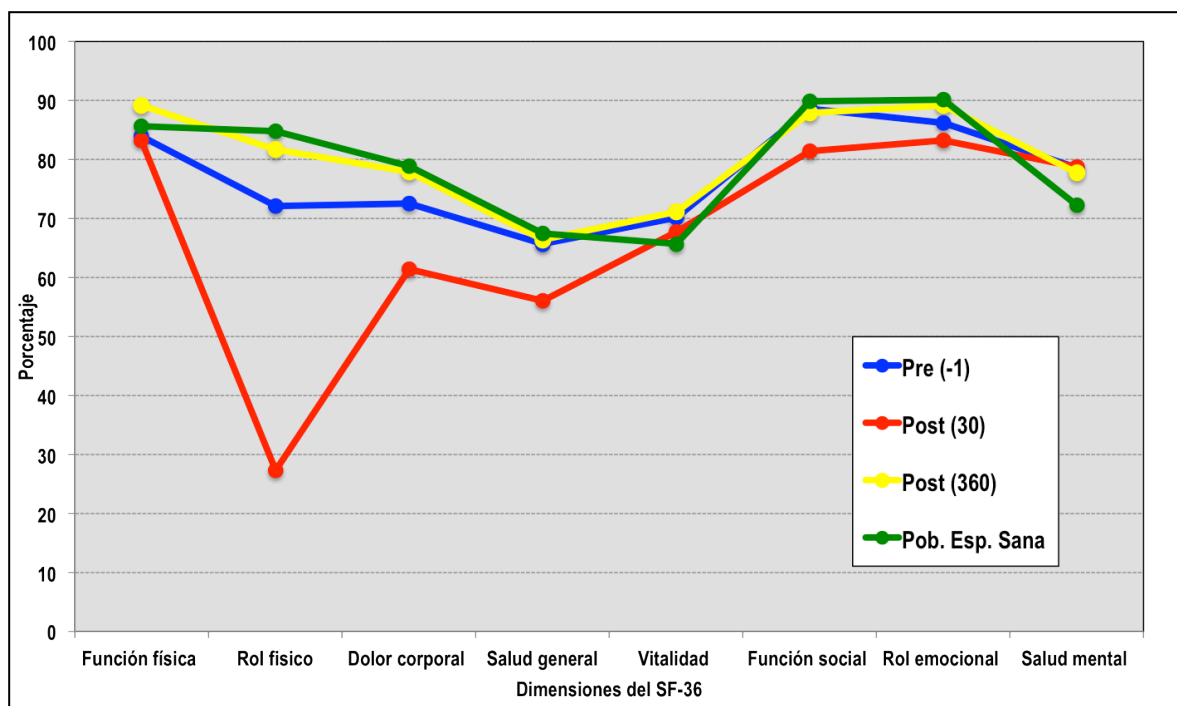


Fig. 20. Valor de las ocho dimensiones del cuestionario SF-36 (0 = mínima - 100 = máxima calidad de vida) en diferentes momentos del estudio (antes de la cirugía, al mes y al año de la misma). Conjuntamente se añade a la gráfica los valores de la población española supuestamente sana.

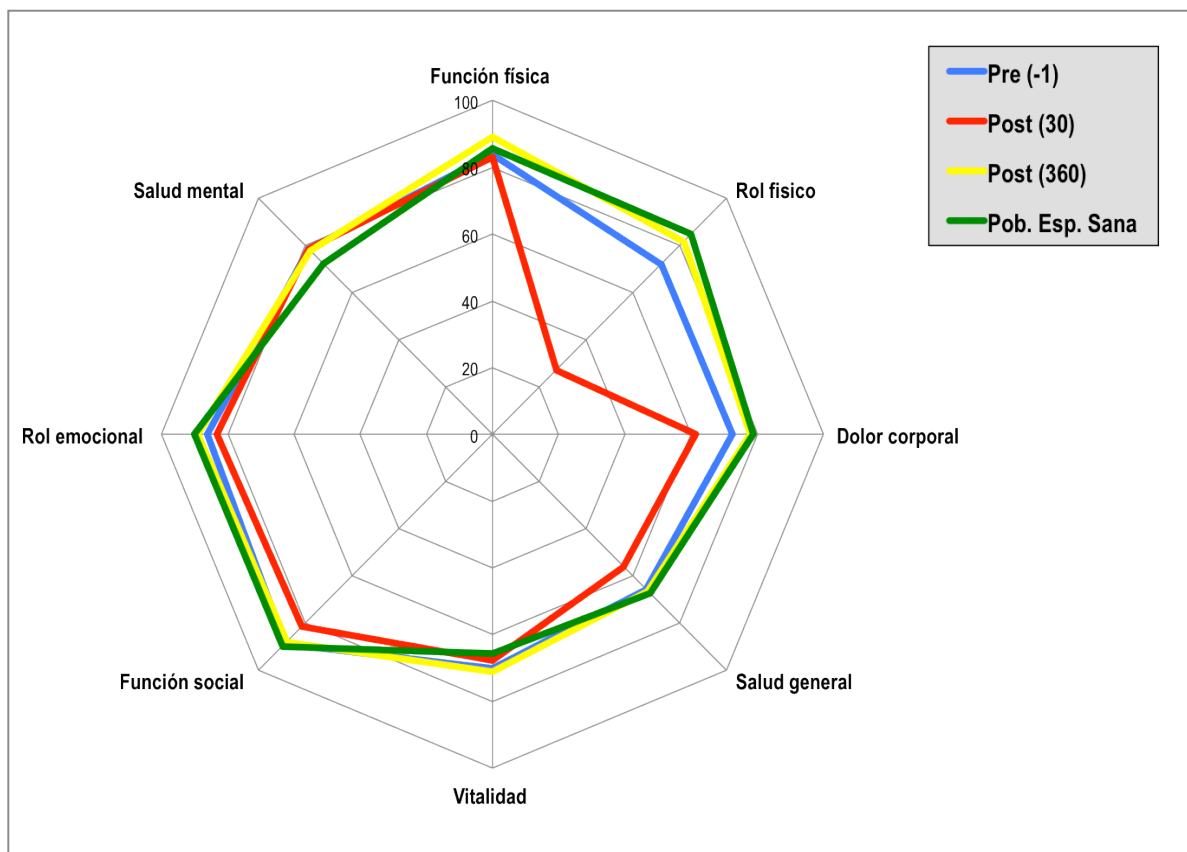


Fig. 21. Datos similares a la figura 20, que permite conocer, en los diferentes momentos del estudio (pre y post) el área que falta para alcanzar los niveles de la población supuestamente sana.

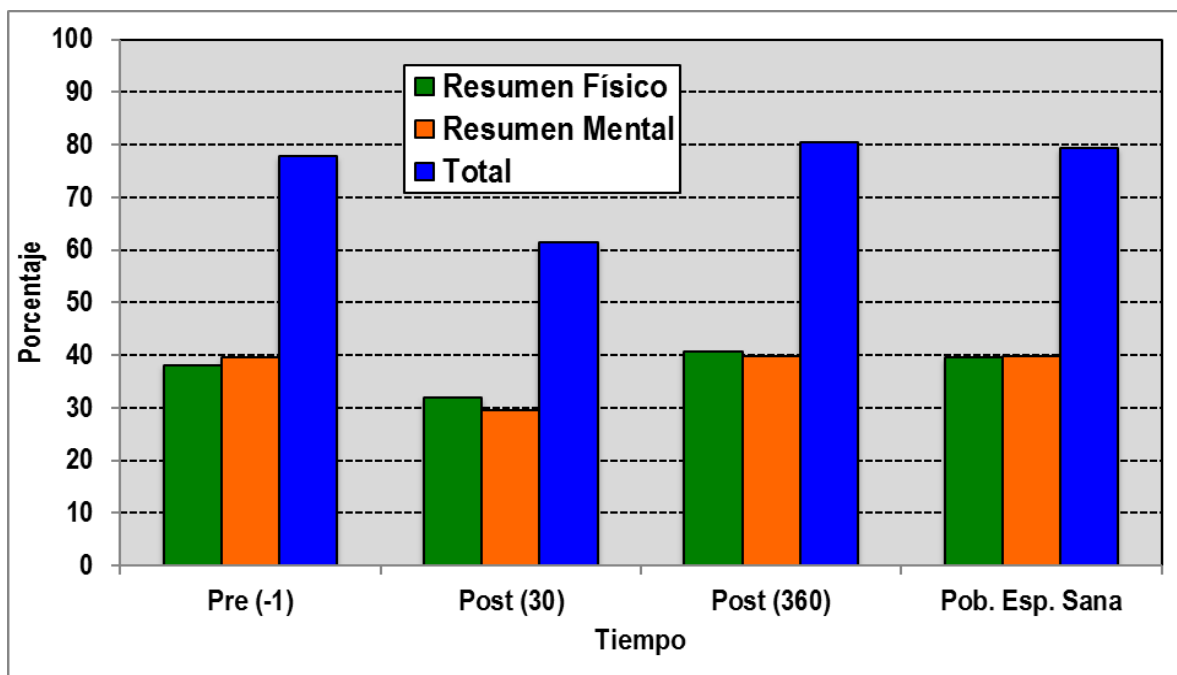


Fig. 22. Valores resumen (físico y mental) del SF-36 (0 = mínima - 50 = máxima calidad de vida) y totales (0-100) en diferentes momentos del estudio (antes de la cirugía, al mes y al año de la misma). Conjuntamente se añade a la gráfica los valores de la población española supuestamente sana.

Al mes de la cirugía, las dimensiones mentales presentan un mayor descenso respecto de las físicas. Sin embargo la dimensión que presentó el descenso más pronunciado fue el rol físico. Por el contrario, la única dimensión que aumentó fue la salud mental.

El análisis de los datos de la función física pone de manifiesto que no hay diferencia significativa entre las puntuaciones de los ítems que componen esta función, entre los test pre y post y si en cambio se mantienen los niveles de significación con el cuestionario al año, lo que indica que no es el estado físico, sino otras funciones, las responsables del empeoramiento. Estas funciones son la función social, rol físico, salud general, vitalidad y dolor corporal. Por el contrario, los pacientes perciben mejoría de su CVRS entre el postoperatorio inmediato y el preoperatorio en los ítems que recogen las funciones de salud mental y transición de salud.

Pormenorizando y en líneas generales, podemos decir que hay mejoría significativa en la percepción de calidad de vida en los test realizados al año de la intervención comparados con los realizados en el pre y en el postoperatorio, en lo que se refiere a las funciones que podíamos considerar físicas, confirmando que la resolución de la patología ha tenido un efecto favorable, como era esperado, sobre la percepción de calidad de vida.

Por el contrario no hemos encontrado ninguna diferencia significativa en los resultados de las funciones salud mental y rol emocional, debido probablemente a que las patologías tratadas en la realización de este estudio tienen, en principio, poca gravedad.

7.3 ¿El punto de partida, antes de la cirugía, influye en los resultados postoperatorios finales de CVRS?

Magnusson y cols. (2014)⁷⁴ estudian en Suecia la CVRS (cuestionario SF-36) de 309 pacientes un año después de ser intervenidos de hernia inguinal unilateral electiva (cirugía abierta) y la comparan con una población sana de referencia. El objetivo de su estudio era analizar la influencia de los síntomas preoperatorios en los resultados de CVRS después de la cirugía. Antes de la operación, el 91% de los pacientes observó un bulto, el 75% tenía síntomas (comúnmente dolor); el otro 25% estaban asintomáticos.

Las puntuaciones del componente físico (PCS) fueron inferiores en los pacientes en comparación con controles pareados, mientras que las puntuaciones mentales no estaban afectadas. PCS fue menor en los pacientes con dolor en comparación con aquellos sin dolor. En los pacientes sin dolor, no se encontró ninguna diferencia en comparación con el grupo control. Al año después de la cirugía PCS aumentó.

El aumento fue mayor en los pacientes que tuvieron dolor preoperatorio. MCS no cambió después de la herniorrafia inguinal. En conclusión la mejoría en la CVRS postoperatoria (fundamentalmente física) parece estar asociada con la presencia de síntomas preoperatorios (dolor inguinal).

Estos son importantes en la toma de decisiones y para la esperada satisfacción por parte del paciente.

Mathur y cols. (Nueva Zelanda 2006)⁷⁵ evaluaron la CVRS (SF-36) de 106 pacientes que se encontraban en lista de espera quirúrgica de hernia inguinal; estos pacientes presentaron de forma significativa una peor CVRS respecto de controles sanos (62 vs 81). Conjuntamente observaron como la CVRS, global, se reducía según aumentaba el tamaño de la hernia (64, 60 y 49 para las hernias inguinales, inguino-escrotales y gigantes respectivamente).

Estos aspectos no han sido evaluados en nuestro estudio, pero la CVRS basal de nuestra muestra (77,7) es inferior en casi dos puntos a la población sana de referencia (79,4). La presencia de patología, aunque banal, reduce la CVRS.

Nuestros resultados coinciden con Bringman y cols. (2005)⁷⁶ quienes estudiaron en Suecia la CVRS (SF-36) de 591 pacientes operados de hernia inguinal mediante técnica de Liechtenstein. Las puntuaciones de CVRS, respecto de la población general, fueron inferiores antes de la cirugía. A partir de las ocho semanas, se observó una mejoría de la CVRS, que se igualó, con la población general, al año de la cirugía.

En igual sentido, Criss y cols. (EEUU 2014)⁷⁷, informan sobre 30 pacientes intervenidos por eventración como la correcta reparación mejora la CVRS basal a los 6 meses de la misma.

Considerando globalmente todos los pacientes, puede resultar paradójico, que la percepción de CVRS sea inferior en el test realizado a los 30 días del postoperatorio respecto del realizado en el preoperatorio, habiéndose corregido ya la patología que motivó la intervención quirúrgica. Creemos que ello es debido a que habiendo transcurrido un periodo relativamente corto de tiempo, no se han superado aún las molestias inherentes a la intervención quirúrgica (dolor, alteración de la vida normal, disminución de la capacidad de deambulacion, etc.) y por lo tanto la percepción de la CVRS es menor. Esto se confirma con la comparación de resultados de los test pre y el test realizado al año de la intervención, en que la media de los puntos totales es claramente superior a la de los test basales, ratificando así, que el haber corregido la patología que les afectaba, ha incrementado la percepción de mejor salud.

7.4 Resultados específicos

¿Existen diferencias por edad o sexo?, ¿entre patologías?, ¿influencia de la técnica quirúrgica? y ¿por la presencia de complicaciones?

7.4.1 ¿Existen diferencias por edad o sexo?

La división, realizada por nosotros, en grupos de mayores y menores de 40 años, no es caprichosa sino que se debe al hecho de que a partir de 40 años, según un consenso español sobre tromboprolifaxis en CMA, se considera a los pacientes tributarios de recibir profilácticamente heparina de bajo peso molecular⁶⁶.

Según nuestros resultados, en todos los momentos del estudio los pacientes menores de 40 años presentan mejores CVRS, respecto de aquellos mayores de 40 años, si bien en ambos subgrupos se mantiene la tendencia general de reducción en el postoperatorio a 30 días e incremento al año. Esta tendencia se mantiene por resumen físico y mental.

Considerados por grupos de edad, el sentido de las diferencias pre, post y al año, se mantienen, pero advertimos que son significativamente importantes en los grupos pre y al año, siendo no significativa la diferencia entre los resultados del test post entre mayores y menores de 40 años, lo que avala nuestra presunción de que las molestias postoperatorias son un hito importante en la disminución de la percepción de CVRS.

En cuanto al género, los hombres parten con una CVRS casi 5 puntos por encima de las mujeres. A los 30 días de la cirugía la CVRS se reduce significativamente tanto en hombres como en las mujeres. Al año, ambos géneros presentan mejor CVRS respecto de valores basales o preoperatorios.

Hay por otra parte diferencias, apreciables en algún caso, entre los test realizados a hombres y mujeres y creemos que puede deberse a la diferencia importante en el número de individuos, 4 ó 5 veces mayor en los hombres, que componen cada una de las muestras.

Considerados aisladamente, los grupos de hombres y mujeres, mantienen el sentido de la diferencia y la significación estadística.

Existen pocos estudios que analicen la CVRS en CMA según la edad o el género. Uno de ellos es el realizado por Patti y cols (Italia 2014)⁷⁸ sobre 40 pacientes mayores de 75 años portadores de hernia inguinal sintomática. Quince fueron rechazados para cirugía y en los 25 restantes se practico hernioplastia (malla de polipropileno) bajo anestesia local. Se realizo cuestionario SF-36 a todos los pacientes (basal y a 6 meses).

En el primer grupo (no operados) la CVRS no se modificó con el tiempo. En el grupo intervenido, los 8 dominios, los dos sumarios (físico y metal) y la puntuación total mejoraron a los 6 meses. Es decir se comportaron como nuestra muestra global independientemente de la edad.

Pierides y cols. (Finlandia 2013)⁷⁹ realizan dos ensayos prospectivos para valorar el factor edad en pacientes sometidos a cirugía abierta por hernia inguinal. Valoran la CVRS con SF-36 a 3 y 12 meses. No hay diferencia estadística en las tasas de complicaciones en todos los grupos de edad. Las dimensiones de función física y dolor mejoraron significativamente tanto en las personas mayores como menores de 65 años de edad. El funcionamiento físico y el funcionamiento social mostraron mejoría también, pero menos constante. La conclusión final fue que la cirugía de hernia inguinal mejora la CVRS independientemente de la edad.

Finalmente y en contraposición a lo referido Tran y cols. (Canadá 2014)⁸⁰ valoran la CVRS (SF-36) en 132 pacientes sometidos a CMA (40% herniorrafias abiertas y 30% colecistectomías laparoscópicas) de manera preoperatoria, 3 y 8 semanas del postoperatorio. En general, a las 3 semanas, la CVRS se había recuperado respecto de la basal y estaba significativamente por encima a los 2 meses. No obstante, a los dos meses una importante proporción de pacientes (33%) presentan una recuperación subóptima.

La CVRS proporciona información complementaria a este hecho pues los pacientes mayores, con problemas físicos de base tenían menor probabilidad de mejora.

7.4.2 ¿Diferencias entre patologías?

Nuestra serie se ha centrado mayoritariamente en hernias de pared abdominal, fundamentalmente en las hernias inguinales unilaterales (n = 205). Es en la cirugía de la hernia inguinal, donde más abunda la bibliografía sobre CVRS en CMA, como expondremos a continuación. No obstante sorprende que la casi totalidad de referencias sean del actual siglo XXI y que no exista ninguna relativa a España.

Holzheimer (Alemania 2004)⁸¹ en 50 pacientes con hernias inguinales reparadas ambulatoriamente mediante la técnica de Lichtestein comprobó la mejoría de la CVRS (SF-36) a los 10 días y 3 meses de la cirugía.

Kallianpur y cols. (India 2007)⁸² valoró la evolución en el postoperatorio inmediato (1, 3, 7 y 28 días) de la CVRS (SF-12) en pacientes sometidos a cirugía ambulatoria de la hernia inguinal (laparoscópica). Observó un deterioro los componentes físicos en el postoperatorio inmediato, pero que posteriormente mejoraron hasta niveles preoperatorios al mes.

Se observó un deterioro transitorio del componente de salud mental, que se recuperó en menos de una semana. No hubo alteración significativa en el componente emocional.

Fei y cols. (Italia 2008)⁸³ valoraron la CVRS (SF-36) de 56 pacientes tratados en CMA por hernia inguinal unilateral no complicada (Prolene 3D patch), antes y a los 6 meses de la cirugía. Todas las dimensiones, sin excepción, mejoraron significativamente a los 6 meses. En su opinión la no existencia de complicaciones mayores, recurrencias o mortalidad lógicamente influyó en esa mejoría.

Finalmente Gillion y Chollet (Francia 2013)⁸⁴ sobre 525 hernias inguinales reparadas mediante técnica TIPP (transinguinal preperitoneal) empleando Polysoft[®] como parche, llegan a similares resultados de eficacia y seguridad a los ya referidos, lo que finalmente aporta excelentes niveles postoperatorios de CVRS.

En este sentido, otro aspecto que podría modificar la CVRS, en lo que respecta a la cirugía de la hernia inguinal es la cirugía unilateral o bilateral de la misma; nuestro estudio no encontró diferencias significativas en todos los momentos del estudio, si bien la CVRS fue algo inferior al mes en los casos bilaterales. Bien es cierto que la muestra de casos bilaterales fue muy inferior a los unilaterales.

Después de la cirugía de las hernias de pared son los quistes pilonidales (n = 59) la segunda patología tratada en el presente estudio. Si comparamos entre patologías, en nuestra serie las hernias inguinales unilaterales (HIU) presentan significativamente una peor calidad de vida respecto de los quistes pilonidales (QP) (76,6 vs 84,2). Al mes, en ambas patologías, se reduce la CVRS la cual se recupera con el tiempo y se superan los valores basales al año. De hecho la puntuación de la CVRS al año, para ambas patologías, es incluso superior a la de la población sana. No hemos encontrado referencias en la bibliografía que comparen HIU y QP, pero probablemente las diferencias se deban a la considerable menor edad de los pacientes portadores de quiste pilonidal.

Brattwall y cols. (Suecia 2010)⁸⁵ comparan la CVRS de tres patologías (n = 355) frecuentes en CMA (hernia inguinal, artroscopia y cirugía de mama). El cuestionario EQ-5D lo pasan en cuatro momentos: basal, 1, 3 y 6 meses de la cirugía. Antes de la cirugía, los parámetros mayor dolor y menor movilidad son los problemas más frecuentemente detectados entre los pacientes sometidos a hernia y artroscopia. La cirugía de la hernia supone una mejoría más rápida (1 mes) de la CVRS respecto a la cirugía artroscópica y similar a la cirugía mamaria.

7.4.3 ¿influencia de la técnica quirúrgica?

Este aspecto lo hemos estudiado valorando las dos técnicas de reparación de hernias inguinales más frecuentemente practicadas en nuestro medio (Rotkow-Robins y Prolene Hernia System - PHS). Siendo las puntuaciones basales de CVRS similares, estas descienden al mes (como en la serie global), pero dicho descenso es más acusado y estadísticamente significativo en el caso de la técnica PHS. Al año no existen diferencias entre técnicas y se cumple el precepto general de igual CVRS que la población general.

Lawrence y cols. (Reino Unido 1997)⁸⁶ estudian en 140 pacientes sometidos a cirugía abierta o laparoscópica, en régimen de CMA, por hernia inguinal, la CVRS (SF-36) a 3 y 6 meses. No encontraron diferencias entre ambas técnicas en términos de CVRS (y en ninguna dimensión), en ningún momento del estudio. Como en otros estudios ya referidos con anterioridad, si encontraron diferencias significativas de mejoría a los 3 y 6 meses (máxima) respecto de las puntuaciones basales. Este hecho se mantuvo significativo en las ocho dimensiones del SF-36.

Bringman y cols. (Suecia 2005)⁸⁷ en 591 pacientes operados de hernia inguinal, mediante técnica de Liechtenstein, no se encontraron diferencias en la CVRS (SF-36) en los dos grupos evaluados (según que el tipo de malla empleada fuese Prolene o Vypro II).

Zaborszky y cols. (Inglaterra 2011)⁸⁸ en 215 pacientes con hernia inguinal, reparadas mediante dos tipos de prótesis (Surgipro[®] y Progy[®]) obtienen similar recurrencia, dolor crónico postoperatorio y buena CVRS (medida mediante CCS –Caroline Comfort Scale).

Willians y cols. (EEUU 2013)⁸⁹ reparan hernias inguinales en 956 pacientes mediante TIPP usando dos tipos de mallas (MRD y 3DD) y valoran su impacto en la CVRS mediante el referido cuestionario CCS a 1, 6, 12 y 24 meses. No aprecian diferencias en las puntuaciones CCS a 6, 12 y 24 meses.

Dhankhar y cols. (Italia 2014)⁹⁰ en 59 pacientes intervenidos por hernia inguinal, preferiblemente mediante anestesia local (30 por técnica de Lichtenstein y 29 reparación totalmente extraperitoneal). SF-36 basal, 1 y 6 semanas y 6 meses después de la cirugía. La CVRS fue similar en ambos grupos. La disminución paulatina del dolor y el grado de satisfacción de los pacientes igualmente fue similar con ambas técnicas.

Aunque nuestro estudio no ha investigado la influencia de la técnica en el tratamiento de los QP, dado que todos los pacientes fueron tratado de forma similar⁹¹, queremos hacer algunos comentarios al respecto dado que disponemos de tres estudios, todos procedentes de Turquía, que evalúan la CVRS en el tratamiento de los QP (diferentes técnicas).

Ertan y cols. (2005)⁹² investigan en 100 pacientes consecutivos intervenidos por QP el efecto que sobre la CVRS (SF-36) tiene la técnica empleada: a) exéresis y cierre primario o b) escisión romboide y flap tipo Limberg. A los 3 meses del seguimiento comprobaron que la técnica Limberg presenta ventajas significativas en tres componentes del SF-12 (dolor corporal, función social y salud general). Ello se explica por la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre ambas técnicas en el sentido de una mejor cicatrización, menor infección a nivel de la herida operatoria y una más rápida incorporación al trabajo en el caso de la técnica de Limberg. Karaca y cols (2013)⁹³ en una muestra superior (549 pacientes), llegan a similares conclusiones al comparar las dos técnicas antes referidas para tratar un QP.

Finalmente Guner y cols. (2013)⁹⁴ comparan la CVRS en 122 pacientes con QP intervenidos con dos diferentes técnicas (Flap de Limberg o Bascom cleft lift). A 10 y 30 días no apreciaron diferencias entre ambas técnicas. Sin embargo la técnica Bascom mejoró dos componentes del SF-36 (rol físico y dolor).

7.4.4 ¿Influencia de la presencia de complicaciones?

La presencia de complicaciones postoperatorias en nuestra serie fue baja y poco importante (nula mortalidad) y no condiciona modificaciones en la CVRS; esta siguió el patrón general de descenso al mes y normalización al año. A pesar de ello hay estudios recientes que lógicamente relacionan complicaciones y CVRS.

Berg y cols. (Suecia 2012)⁹⁵ estudiaron la CVRS, con el cuestionario EQ-5D, en 607 pacientes sometidos a CMA ortopédica, ginecológica y general (n = 182). Se realizó una valoración basal y otra a los 30 días de la cirugía. La principal conclusión de su estudio fue que la recuperación postoperatoria influye en la CVRS. En el grupo de cirugía general el EQ-VAS (escala análoga visual) paso de 77.4% (basal) a 85.4% (al mes postoperatorio).

Caló y cols. (Italia 2013)⁹⁶ evaluaron la CVRS mediante el cuestionario SF-36 en 150 pacientes sometidos a reparación de una hernia inguinal sin tensión. Las respuestas obtenidas a través del cuestionario muestran que la hernioplastia sin tensión no degrada la CVRS.

Sin embargo, en el grupo de pacientes con dolor crónico un año después de la cirugía, la CVRS se deterioró tanto que afectó la esfera del empleo y el ámbito social y relacional. Aunque la frecuencia del dolor crónico siguiente a hernioplastia inguinal es poco frecuente, a veces puede tener efectos graves en la CVRS e implicaciones socio-económicas y jurídicas. En el continente americano, Chen y Amid (EEUU 2013)⁹⁷ informan en el mismo sentido.

Para aclarar mejor estos extremos disponemos de dos revisiones de la literatura:

1) Van Hanswijck y cols. (2008)⁹⁸ han realizado una revisión de la literatura en relación con el dolor crónico y la CVRS, a 3 o más meses de la cirugía de hernia inguinal. Identifican 23 estudios; la mayoría emplean una escala analógica del dolor (VAS) y como cuestionario de calidad de vida el SF-36. Observan una importante correlación entre ambas medidas. El dolor crónico (afortunadamente poco prevalente) tiene un impacto negativo en la CVRS, fundamentalmente en el funcionamiento social y la salud mental.

2) Bouras y cols. (2014)⁹⁹ a través de una revisión sistemática (31 estudios que emplean diferentes cuestionarios genéricos y específicos, si bien fue mayoritario el SF) demuestran como las complicaciones postoperatorias influyen negativamente en la CVRS; más en el ámbito físico que en el emocional. El estudio incluye muchos tipos de cirugía general y digestiva (la mayoría no propiamente CMA). En el único estudio recogido en esta revisión que incluye cirugía por hernias inguinales (n = 48.199) la existencia de complicaciones a nivel de la herida operatoria suponen una reducción significativa de la CVRS, en un seguimiento a tres meses y valorado mediante EQ-5D¹⁰⁰.

Poobalan y cols. (Reino Unido 2001)¹⁰¹ en 351 hernias inguinales reparadas en CMA, correlacionan de forma positiva SF-36 con un cuestionario del dolor (Mc Gill Pain Questionnaire) en el sentido de que a más dolor crónico peor puntuación SF-36. Este hecho es visible significativo en 3 dimensiones del cuestionario: función social, salud mental, y dolor corporal.

Palmqvist y cols. (Suecia 2013)¹⁰² estudian la relación dolor crónico (VAS), la calidad de vida (SF-36 y EQ-5D) y un tercer componente (impacto económico) en 225 pacientes intervenidos de hernia inguinal unilateral (reparación abierta con malla). El postoperatorio mejora significativamente las puntuaciones de SF-36, y las puntuaciones de dolor medido en una escala analógica visual (VAS). En conclusión, la CVRS mejora después de la reparación abierta de hernia inguinal, con un buen retorno de inversión independiente de la gravedad de los síntomas.

7.4.5 Resumen de los resultados específicos

A la vista de todo lo referido parece claro que la mejora de la calidad de vida es el objetivo final para la reparación de la hernia inguinal o la curación del un quiste pilonidal. Los datos sobre la calidad de vida antes de la cirugía son escasos (pero parece que importantes), y no se sabe con certeza si la mejoría postoperatoria de la calidad de vida se relaciona con síntomas preoperatorios. Numerosos aspectos (edad, sexo, tipo de patología que condiciona la cirugía, tipo de técnica empleada, presencia de complicaciones postoperatorias, etc) son condicionantes, no del todo bien investigados, y que merecen estudios más amplios que permitan hacer análisis multifactoriales.

El conocimiento de todos estos y otros factores que intervienen en mejorar/empeorar la CVRS pone de relieve la importancia de su estudio para mejorar la tomar de decisiones.

Una conclusión no derivada de nuestra investigación, y si más bien de la revisión efectuada y presentada en esta discusión, es la escasa documentación de que disponemos en nuestro país sobre la CVRS en CMA.

7.5 Limitaciones del estudio

Finalmente y de forma breve queremos exponer las limitaciones de nuestro estudio:

- 1) Serie más homogénea. Pensamos que es tan amplia o mayor que muchas de las publicadas pero carece de homogeneidad.
- 2) Más puntos de corte. Es una posible deficiencia menor.
- 3) Valoración de aspectos preoperatorios (síntomas). Habría sido de gran interés valorar este aspecto.
- 4) Análisis multifactorial. Los puntos anteriores lo hubieran permitido.
- 5) Encuesta de satisfacción. Sería un aspecto a correlacionar con la CVRS.

8. CONCLUSIONES

8- CONCLUSIONES

1. La CMA reduce la CVRS, a los 30 días de la misma. Dicha CVRS, al año de la cirugía, supera los valores preoperatorios e iguala a los de la población española sana de referencia.
2. Dichos cambios, de reducción al mes y elevación al año (respecto de los valores preoperatorios), son igualmente significativos tanto para el resumen físico como mental.
3. Las dimensiones mentales, al mes de la cirugía, presentan un mayor impacto respecto de las físicas.
4. Entre las dimensiones físicas, el descenso más pronunciado al mes de la cirugía, lo presenta el rol físico.
5. La única dimensión que aumento a los 30 días de la CMA, fue la salud mental.
6. En todos los momentos del estudio los pacientes menores de 40 años presentan mejores puntuaciones de CVRS, respecto de aquellos mayores de 40 años, si bien en ambos subgrupos se mantiene la tendencia general de reducción en el postoperatorio a 30 días e incremento al año. Esta tendencia se mantiene por resumen físico y mental.
7. Los hombres parten con una CVRS casi 5 puntos por encima de las mujeres. A los 30 días de la cirugía la CVRS se reduce significativamente tanto en hombres como en las mujeres. Al año, ambos géneros presentan mejor CVRS respecto de valores basales o preoperatorios.
8. No se encontraron diferencias significativas, en todos los momentos del estudio, entre la CVRS de los enfermos intervenidos por hernias inguinales unilaterales o bilaterales.
9. La existencia de una hernia inguinal unilateral induce peor calidad de vida respecto del quiste pilonidal. Al mes de la cirugía, en ambas patologías, se reduce la CVRS, que se recupera y supera los valores basales al año. Esa puntuación de CVRS al año y para ambas patologías, es superior a la población sana de referencia.

10. En los pacientes con hernia inguinal, a los que se realizó la técnica Prolene Hernia System, se produjo un descenso significativo en el test al mes de la cirugía. Al año no existen diferencias entre técnicas y se cumple el precepto general de igual CVRS que la población general.

11. La presencia de complicaciones postoperatorias de la serie fue baja y poco importante (nula mortalidad) lo que no condicionó modificaciones en la CVRS y esta siguió el patrón general de descenso al mes y normalización al año.

12. Al año de pasar por la CMA, los pacientes presentan en todas las dimensiones y sumarios del cuestionario valores similares a los de la población española sana de referencia.

9. BIBLIOGRAFÍA

9- BIBLIOGRAFÍA

- 1- Porrero Carro JL, Sánchez-Cabezudo Díaz-Guerra C. Cirugía mayor ambulatoria: una realidad necesaria. *Jano: Medicina y Humanidades*. Enero 2011;1767:67-9.
- 2- Capitán Vallvey JM^a. Estado Actual de la Cirugía Mayor Ambulatoria. *Seminario Médico*. 2003;55(2):57-74.
- 3- Elola J, Nieto J, Sunyer J, Daponte A. La relación entre ideología y la eficiencia de los sistemas sanitarios españoles. *Gc Sanit* 1996;10(4):191-196.
- 4- Gómez-Vela M, Sabeh EN. Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. *Integra*. Junio 2000;9
Disponibile en: <http://inico.usal.es/publicaciones/pdf/calidad.pdf>
- 5-Fitzpatrick AL, Kuller LH. Quantity versus quality of life: how do we decide?
J Am Geriatr Soc. 2004;52:341-5.
- 6- Lozano F. Calidad de Vida Relacionada con la Cirugía Vasculat. Discurso de recepción como académico numerario de la Real Academia de Medicina de Salamanca.
Salamanca: Graficas Cervantes; 2008.
- 7- Badía X, Salamero M, Alonso J. La medida de la salud. Guías de escalas de medición en español. 3^a ed. Barcelona: Medicina Eficiente; 2002.
- 8-Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). (I). Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30:473-83.
- 9-Alonso J, Prieto L, Antón JM. La versión española de SF36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): Un instrumento para la medida de resultados clínicos. *Med Clin (Barc)* 1995;104:771-6.

10-Monés J. ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia? *Cir Esp* 2004; 76:71-7.

11-Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miranda G, Quintana JM, Santed R, Valderas JM, Ribera A, Domingo-Salvany A, Alonso J. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit.* 2005;19:135-50.

12-Dominguez Lanuza JC, Zamora Santana O, Rodríguez Reyes JF, Rodríguez Soto ME. Cirugía General mayor ambulatoria y de corta hospitalización: Experiencia de 5 años de trabajo. *Rev Cubana Cir* 1999;38(1):52-6.

13-Nicoll, JH. the surgery of infance. *Br Med J* 1909;2:753.

14-Farquharson E: Early ambulation with special reference to herniorraphy as an outpatient procedure. *Lancet* 1955;2:517-19.

15-Trice ET: the application of principles of early ambulation to surgical patients. *Virginia Medical Monthly* 1947;74:103-7.

16-Stephens FO: An organization for out patients surgery. *Lancet* 1961;1:1042.

17-Cohen DD, Dillon JB. Anesthesia for outpatient surgery. *JAMA* 1966;196:1114-6.

18-Ford JL, Reed WA. The surgicenter: on innovation in the delivery and cost of medical care. *Arizona Medicine* 1969;26:801-4.

19-David JE. *Major Ambulatory Surgery*. Baltimore: Williams & Williams; 1986.

20-Rivera J, Giner M. *Cirugía Ambulatoria: Estudio piloto*. *Cir Esp* 1988;44:865-74.

21- Ministerio de sanidad y Consumo. Dirección General de aseguramiento y Planificación Sanitaria. *Cirugía Mayor Ambulatoria: Guía de Organización y Funcionamiento*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1993.

- 22-Davis JE, Detmer DE. The Ambulatory surgical unit. *Ann Surg* 1972;6:856-62.
- 23-Davis JE. Cirugía Mayor en pacientes ambulatorios. *Clínicas Quirúrgicas de Norte América (de Esp)* 1987;4:685-707.
- 24-Porrero JL. Cirugía Mayor Ambulatoria. Manual Práctico. 2ª ed. Barcelona: Masson-Salvat; 2002.
- 25-Fernandez Torres B, García Ortega C, Márquez Espinós C, Fontán Atalaya M. Caracterización de la Cirugía Mayor Ambulatoria en un Hospital Genérico Básico. *Rev Esp Salud Pública* 1999;73:71-80.
- 26- Castoro C, Bertinato L, Baccaglini U, Drace CA, Mc Kee M, UIT de collaboration of IAAS Executive Committee Members: Policy brief. Day surgery: making it happen. Brussels: WHO/OMS European Centre for Health Policy. International Association of Ambulatory Surgery (IAAS); 2007
- 27- Ministerio de Sanidad y Consumo. Manual Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y Recomendaciones. Plan de calidad del SNS. Informes, Estudios e Investigación. Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo; 2008. Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guiaCMA.pdf>
- 28-Generalitat Valenciana. Guía de actuación en Cirugía Mayor Ambulatoria. Valencia: Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat; 2002. Disponible en:
http://www.actasanitaria.com/fileset/file__Punto_22_2_Recomendaciones_CMA_CISNS_21_03_2013_49610.pdf
- 29-Baratas de las Heras, MA. La cirugía ambulatoria en un hospital público del grupo 5: aspectos organizativos, económicos y de gestión de lista de espera quirúrgica (Tesis Doctoral). Madrid: Facultad de medicina departamento de pediatría. Universidad complutense de Madrid; 2009.
ISBN:978-84-692-9944-9. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/9820/1/T31482.pdf>
- 30-Porrero Carro, JL: Motivos de la lenta y desigual implantación de la cirugía mayor ambulatoria en nuestro país. *Cir Esp*. 2000;68:1-2.

31-Jimenez A, Elia M, García JA, Artigas C, Lamata F, Martínez M. Indicadores de calidad asistencial en cirugía mayor ambulatoria. *Cir Esp* 2004;76(5):325-30

32-Parrilla Paricio P, Pellicer Franco E: Cirugía ambulatoria: ¿Una alternativa a la cirugía tradicional? *Med Clin (Barc)* Mayo 1993;100 (supl 1):40-1.

33-Moral L, Alonso M. Impacto de la cirugía mayor ambulatoria en España. En: Porrero JL, editor. *Cirugía Mayor ambulatoria. Manual Práctico*. Ediciones Doyma, S.A;1999;9-22.

34-Instituto de Información Sanitaria. Indicadores Claves del Sistema Nacional de Salud INCLASNC-BD. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; Septiembre de 2010. Disponible en:

http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/iclasns_docs/InformaC_INCLASN.pdf

35-Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de información sanitaria e Innovación. Costes y pesos de los GRD (Grupos relacionados por el diagnóstico) en el Sistema Nacional de Salud. Costes de Hospitalización Año 2010.

36-Bustos Molina F. Manejo Del Paciente Quirúrgico Ambulatorio en Atención Primaria. Unidad 1 Pasado, Presente y Futuro de la cirugía mayor ambulatoria. Madrid: Ediciones Ergón; 2006. ISBN:84-84734765.

37-Instituto de Información Sanitaria. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 2009 .Información y Estadísticas Sanitarias 2011. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.

Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/ESCRI_2009.pdf

38-Martínez Rodenas F, Codina Grifell J, Deulofeu Quintana P, Garrido Corchón J, Blasco Casares F, Gibanel Garanto X et al. Indicadores de calidad asistencial en cirugía mayor ambulatoria (2010-2012). *Rev. Calid Asist.* 2014;29(3):172-179. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2014.01.006>

-
- 39- Colomer Mascaró J. Cirugía mayor ambulatoria en el hospital de Viladecans 1990-2013. CMA 2013; 18 Supl.1:17-18.
- 40-Concepto Calida de Vida. Wikipedia. (Actualizada en septiembre 2014; acceso enero 2014) Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Calidad_de_vida
- 41-Felde D, Perry J. Quality of life: It's Definition and Measurement. Research in Developmental Disabilities 1995;16(1):51-74.
- 42-Development of the World Health Organization WHOQOL_BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group Psychol Med 1998 May;28(3):551-8.
- 43-Hagell P, Reimer J, Nyberg P. Whose quality of life? Ethical implications in patient-reported health outcome measurement. Value Health 2009 june;12(4):613-7.
- 44-Koller M, Kussman J, Lorenz W, Jenkins M, Voss M, Arens E, Richter E, Rothmund M. Symptom reporting in cancer patients: the role of negative affect and experience social stigma. Cancer 1996;77(5):983-995.
- 45-Maslow, A. A Theory of Human Motivation [Una teoría sobre la motivación humana]. Psychological Review 1943;50(4):370-96.
- 46-Carr AJ, Gibson B, Robinson PG. Measuring quality of life: Is quality of life determined by expectations or experience? BMJ 2001;322(7296):1240-43.
- 47-Sanders C, Egger M, Donovan J, et al. Reporting on quality of life in randomised controlled trials: Bibliographics study. BMJ 1988;317:1191-94.
- 48-Cidina Grifell, J; Martínez Ródenas, F; Utrera Ojeda, C; Díaz Quesada, L; Sánchez García, J. La opinión del paciente en cirugía mayor ambulatoria y su inclusión como parámetro de calidad. Cir.Esp. 1998;64:28-32.
- 49-Morris ME, Watts JJ, Ianssek R et al. Quantifying the profile and progression of impairments, activity, participation, and quality of life in people with Parkinson disease: protocol for a prospective cohort study BMC Geriatr 2009;9:2.

50-Marquet R, Pujol G, Jimenez J. Cuestionario de satisfacción: ¿Una respuesta demasiado sencilla a un tema demasiado complejo? Cuadernos de Gestión 1995; 1(1):23-31.

51-Vilagut G, Ferrer M, Garin O, López García E, Alonso J. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: Componentes Físico y Mental. Medicina Clínica 2008;130(19):726-35.

52-Badenas JM, Cobos A, Abadías M, Peña-Casanova J. Ensayos Clínicos multicéntricos: un intento de homogeneizar criterios en el uso de medidas subjetivas. Cartas al director. Med.Clin.(Barc) 1994;102:42-3.

53-Badia X. Sobre la adaptación transcultural de medidas de la calidad de vida relacionada con la salud para su uso en España. Med.Clin (Barc) 1995;105:56-8.

54-Golberg D, Willians P. A User's Guide to the General Health Questionnaire, Windsor:Nfer-Nelson;1990.

55-Hunt SM, Alonso J, Bucquet D,Niero M,Wicklund I.European guide to the Nottingham Profile. Barcelona: European group for health measurement an quality of life assessment;1992.

56-EuroQol Group. EuroQol. A new facility for the measurement of health related quality of life. Health Policy 1990;16:199-208.

57-Aaronson NK, Acquadro C, Alonso J, Apolone G, Bucquet D, Bullinger M et al. International quality of life assessment (IQOLA) project. Quality life Res 1992;1:349-51.

58-Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey.Manual and Interpretation Guide . Boston MA: The Health Institute, New England Medical Center;1993.

59-Bullinger M, Alonso J, Apolone G, Leplege A, Sullivan M, Word-Dauphinee S, y col. Translating health status questionnaires and evaluating their quality: the IQOLA Project approach. Internacional Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol. 1998;51:913-32.

60-Arostegui I, Núñez-Antón V. Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form-36 (SF-36). *Estadística Española* 2008;167:147-92.

61-Garratt AM, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: Bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *British Medical Journal* 2002;324 (7351):1417-21.

62-Ware JE, Gandek B, Keller SD, The IQOLA Project Group. Evaluating instruments used cross-nationally: Methods from the IQOLA Project. En: *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials* (2nd edition) (B. Spolker ed.) Raven Press: New York 1996:681-92

63-Gandek B, Ware JE. Methods for validating and norming translations of health status questionnaires: the IQOLA Project approach. *Journal of clinical epidemiology* 1998;51 (11):953-9

64-Brislin RW. The wording and translation of research instruments. En: Lonner WJ, Berry W, editors. *Field methods in cross-cultural research*. Beverly hills, CA: Sage publications, 1986:137-164.

65-Badia X, Lizán L. Estudios de calidad de vida. En: Martín A, Cano JF (Eds). *Atención primaria: Conceptos, organización y práctica clínica*. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2003

66-Raich M, Bustos F, Castellet F, Castillo J, Gomez JA, Jimenez B, et al. Recomendaciones de tromboprofilaxis en cirugía mayor ambulatoria. *Cir May Amb*. 2006;11:11-17.

67-Mattila K, Lahtela M, Hynynen M. Health-related quality of life following ambulatory surgery procedures: assessment by RAND-36. *BMC Anesthesiol*. 2012 Dec 5;12:30.

68-Nielsen K, Poelman MM, den Bakker FM, van der Ploeg T, Bonjer HJ, Schreurs WH. Comparison of the Dutch and English versions of the Carolinas Comfort Scale: a specific quality-of-life questionnaire for abdominal hernia repairs with mesh. *Hernia* 2013 Oct 29.

69-Balongo García R, Espinosa Guzmán E, Naranjo Rodríguez P, Tejada Gómez A, Rodríguez Pérez M, Abreu Sánchez A. Evaluación de la calidad de vida en el periodo postoperatorio inmediato en cirugía general. *Cir Esp* 2010;88:158-66.

70-Suhonen RA, Iivonen MK, Välimäki MA. Day-case surgery patients' health-related quality of life. *Int J Nurs Pract* 2007;13:121-9.

71-Suhonen R, Virtanen H, Heikkinen K, Johansson K, Kaljonen A, Leppänen T, et al. Health-related quality of life of day-case surgery patients: a pre/post-test survey using the EuroQoL-5D. *Qual Life Res* 2008;17:169-77.

72-Taylor RS, Ullrich K, Regan S, Broussard C, Schwenkglenks M, Taylor RJ, et al; PAIN-OUT investigators. The impact of early postoperative pain on health-related quality of life. *Pain Pract* 2013;13:515-23.

73-Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, de la Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del cuestionario de salud SF-36. *Med Clin (Barc)* 1998;111:410-6.

74- Magnusson J, Videhult P, Gustafsson U, Nygren J, Thorell A. Relationship between preoperative symptoms and improvement of quality of life in patients undergoing elective inguinal herniorrhaphy. *Surgery* 2014;155:106-13.

75-Mathur S, Bartlett AS, Gilkison W, Krishna G. Quality of life assessment in patients with inguinal hernia. *ANZ J Surg* 2006;76:491-3.

76- Bringman S, Wollert S, Osterberg J, Smedberg S, Granlund H, Felländer G, et al. One year results of a randomised controlled multi-centre study comparing Prolene and Vypro II-mesh in Lichtenstein hernioplasty. *Hernia* 2005;9:223-7.

77-Criss CN, Petro CC, Krpata DM, Seafler CM, Lai N, Fiutem J, et al Functional abdominal wall reconstruction improves core physiology and quality-of-life. *Surgery* 2014;156:176-82.

78-Patti R, Aiello P, Caruso AM, Cudia B, Di Vita G. The improvement of quality of life a indication for elective surgery in elderly patients with minimally symptomatic inguinal hernia. *Ann Ital Chir* 2014;85:136-42.

79- Pierides G, Mattila K, Vironen J. Quality of life change in elderly patients undergoing open inguinal hernia repair. *Hernia* 2013;17:729-36.

80-Tran TT, Kaneva P, Mayo NE, Fried GM, Feldman LS. Short-stay surgery: What really happens after discharge?. *Surgery* 2014;156:20-7.

81-Holzheimer RG. First results of Lichtenstein hernia repair with Ultrapro-mesh as cost saving procedure--quality control combined with a modified quality of life questionnaire (SF-36) in a series of ambulatory operated patients. *Eur J Med Res* 2004;9:323-7.

82-Kallianpur AA, Parshad R, Dehran M, Hazrah P. Ambulatory total extraperitoneal inguinal hernia repair: feasibility and impact on quality of life. *JLS* 2007;11:229-34.

83- Fei L, Filippone G, Trapani V, Cuttitta D, Iannuzzi E, Lannuzzi M, et al. Feasibility of primary inguinal hernia repair with a new mesh. *World J Surg* 2006;30:1055-62.

84-Gillion JF, Chollet JM. Chronic pain and quality of life (QoL) after transinguinal preperitoneal (TIPP) inguinal hernia repair using a totally extraperitoneal, parietalized, Polysoft (®) memory ring patch: A series of 622 hernia repairs in 525 patients. *Hernia* 2013;17:683-92.

85-Brattwall, M; Stomberg, MW; Rawal, N; Segerdahl, M; Houltz, E; Jakobsson, J. Patient assessed health profile: a six-month quality of life questionnaire survey after day surgery. *Scand J Public Health* 2010;38:574-9.

86-Lawrence K, McWhinnie D, Jenkinson C, Coulter A. Quality of life in patients undergoing inguinal hernia repair. *Ann R Coll Surg Engl* 1997;79:40-5.

87-Bringman S, Wollert S, Osterberg J, Smedberg S, Granlund H, Felländer G, et al. One year results of a randomised controlled multi-centre study comparing Prolene and Vypro II-mesh in Lichtenstein hernioplasty. *Hernia* 2005;9:223-7.

- 88-Zaborszky A, Gyanti R, Barry JA, Saxby BK, Bhattacharya P, Hasan FA. Measurement issues when assessing quality of life outcomes for different types of hernia mesh repair. *Ann R Coll Surg Engl* 2011;93:281-5.
- 89- Williams KB, Bradley JF 3rd, Wormer BA, Zemlyak AY, Walters AL, Colavita PD, et al. Postoperative quality of life after open transinguinal preperitoneal inguinal hernia repair using memory ring or three-dimensional devices. *Am Surg* 2013;79:786-93.
- 90- Dhankhar DS, Sharma N, Mishra T, Kaur N, Singh S, Gupta S. Totally extraperitoneal repair under general anesthesia versus Lichtenstein repair under local anesthesia for unilateral inguinal hernia: a prospective randomized controlled trial. *Surg Endosc* 2014;28:996-1002.
- 91- Al-Khamis A, McCallum I, King PM, Bruce J. Healing by primary versus secondary intention after surgical treatment for pilonidal sinus. *Cochrane Database Syst Rev* 2010 Jan 20;(1):CD006213.
- 92-Ertan T, Koc M, Gocmen E, Aslar AK, Keskek M, Kilic M. Does technique alter quality of life after pilonidal sinus surgery?. *Am J Surg* 2005;190:388-92.
- 93-Karaca AS, Ali R, Capar M, Karaca S. Comparison of Limberg flap and excision and primary closure of pilonidal sinus disease, in terms of quality of life and complications. *J Korean Surg Soc* 2013;85:236-9.
- 94-Guner A, Boz A, Ozkan OF, Ileli O, Kece C, Reis E. Limberg flap versus Bascom cleft lift techniques for sacrococcygeal pilonidal sinus: prospective, randomized trial. *World J Surg* 2013;37:2074-80.
- 95-Berg K, Kjellgren K, Unosson M, Arestedt K. Postoperative recovery and its association with health-related quality of life among day surgery patients. *BMC Nurs* 2012;11:24.
- 96-Caló PG, Pittau MR, Contu P, D'Aloja E, Nicolosi A, Demontis R. Chronic pain following inguinal hernia repair: Assessment of quality of life and medico-legal aspects. *Ann Ital Chir* 2013;84:357-63.

97-Chen DC, Amid PK. Chronic pain and quality of life after transinguinal preperitoneal (TIPP) inguinal hernia repair: a few tips on TIPP. *Hernia* 2013;17:693-5.

98-Van Hanswijck de Jonge P, Lloyd A, Horsfall L, Tan R, O'Dwyer PJ. The measurement of chronic pain and health-related quality of life following inguinal hernia repair: a review of the literature. *Hernia* 2008;12:561-9.

99-Bouras G, Burns EM, Howell AM, Bagnall NM, Lee H, Athanasiou T, et al. Systematic Review of the Impact of Surgical Harm on Quality of Life after General and Gastrointestinal Surgery. *Ann Surg* 2014 May 23.

100-Grosse Frie K, van der Meulen J, Black N. Relationship between patients' reports of complications and symptoms, disability and quality of life after surgery. *Br J Surg* 2012;99:1156-63.

101- Poobalan AS, Bruce J, King PM, Chambers WA, Krukowski ZH, Smith WC. Chronic pain and quality of life following open inguinal hernia repair. *Br J Surg* 2001;88:1122-6.

102-Palmqvist E, Larsson K, Anell A, Hjalmarsson C. Prospective study of pain, quality of life and the economic impact of open inguinal hernia repair. *Br J Surg* 2013;100:1483-8.

