

**TRABAJO FIN DE GRADO**

**Grado en Medicina**

**“ESTUDIO DE LA SATISFACCIÓN  
PERCIBIDA POR EL PACIENTE TRAS  
CIRUGÍA DE PIE Y TOBILLO”**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.  
SECCIÓN MEDICINA

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología  
Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

Autora:

Ana Melián Grillo

DNI: 78645281R

Tutores:

Dr. Mario Herrera Pérez

Dr. David González Martín

## **TRABAJO FIN DE GRADO**

# **“ESTUDIO DE LA SATISFACCIÓN PERCIBIDA POR EL PACIENTE TRAS CIRUGÍA DE PIE Y TOBILLO”**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.  
SECCIÓN MEDICINA

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología  
Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

Autora:

Ana Melián Grillo

DNI: 78645281R

Tutores:

Dr. Mario Herrera Pérez

Dr. David González Martín

San Cristóbal de La Laguna, Mayo de 2019.

Resumen/Abstract	<b>5</b>
Introducción.	<b>7</b>
Objetivos.	<b>8</b>
Material y métodos.	<b>9</b>
Resultados.	<b>12</b>
Discusión.	<b>15</b>
Limitaciones del estudio.	<b>22</b>
Conclusiones.	<b>23</b>
¿Qué he aprendido durante este TFG?.	<b>23</b>
Bibliografía.	<b>24</b>
Anexos.	<b>26</b>

## Agradecimientos

“Quiero aprovechar la ocasión para agradecer el apoyo de mis tutores, compañeros y el de todas aquellas personas que me han permitido y facilitado la realización de este trabajo de fin de grado. También quiero agradecer la colaboración prestada por los pacientes que, amablemente, han accedido a facilitar la información necesaria para la consecución de los objetivos iniciales de este estudio.”

«Quien no conoce nada, no ama nada. Quien no puede hacer nada, no comprende nada. quien nada comprende, nada vale. Pero quien comprende también ama, observa, ve... Cuanto mayor es el conocimiento inherente a una cosa, más grande es el amor... Quien cree que todas las frutas maduran al mismo tiempo que las frutillas nada sabe acerca de las uvas.»

*Paracelso*

## Resumen:

**INTRODUCCIÓN:** A comienzos del siglo XX surge el concepto pionero de valorar el resultado de la actividad médica a través de la satisfacción generada en el paciente. Desafiando por primera vez a los médicos a evaluar la eficacia/efectividad de sus tratamientos y tomar las medidas oportunas para prevenir nuevos fracasos en el caso de que los resultados anteriores fuesen negativos. El objetivo principal de este estudio es conocer la satisfacción real que los pacientes perciben de los procedimientos quirúrgicos realizados en antepié y retropié.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio de cohortes histórico de todos los pacientes intervenidos de cirugía en antepié o retropié entre el 1 Octubre de 2019 y 1 de Octubre de 2020. Se contactó telefónicamente con todos ellos para conocer la satisfacción con el procedimiento, solicitando la respuesta a 5 preguntas usando la escala de Likert.

**RESULTADOS:** Se incluyeron un total de 63 pacientes. La edad media fue de 53,6 años (R, 18 - 82) y el tiempo de seguimiento medio en consultas de Traumatología fue de 257 días (R, 43 – 830). El tipo de intervención más realizado fue la osteosíntesis por fractura (32%) (de tobillo principalmente), seguido de la cirugía por Hallux valgus (22%) y la cirugía percutánea de antepié. La satisfacción total media (5-25) de la muestra estudiada fue de 23,76 (R, 14 –25; sd 2,19). No se encontraron diferencias significativas, en la satisfacción total media ni en el análisis individualizado de cada pregunta, entre los diferentes grupos: antepié vs retropié, urgente vs programado ni según el tipo de intervención realizada.

**CONCLUSIONES:** El índice de satisfacción total de los pacientes intervenidos por patología de antepié y retropié fue en general alto (23,76/25). No se encontraron diferencias significativas en el índice de satisfacción entre los diferentes grupos de estudio.

**Nivel de evidencia:** III (Cohortes histórica).

**Palabras clave:** índice de satisfacción, cirugía, pie y/o tobillo, antepié, retropié.

## Abstract:

**INTRODUCTION:** At the beginning of the 20th century, the pioneering concept of assessing the result of medical activity emerged through the satisfaction generated in the patient. Challenging physicians for the first time to evaluate the efficacy / effectiveness of their treatments and take appropriate measures to prevent new failures in the event that previous results were negative. The main objective of this study is to know the real satisfaction that patients perceive with the surgical procedures performed on the forefoot and hindfoot.

**MATERIAL AND METHODS:** Historical cohort study of all patients who underwent forefoot or hindfoot surgery between October 1, 2019 and October 1, 2020. All of them were contacted by telephone to find out their satisfaction with the procedure, requesting the answer to 5 questions using the Likert scale.

**RESULTS:** A total of 63 patients were included. The mean age was 53.6 years (R, 18-82) and the mean follow-up time in Traumatology consultations was 257 days (R, 43-830). The type of intervention most performed was osteosynthesis for fracture (32%) (mainly ankle), followed by surgery for Hallux valgus (22%) and percutaneous forefoot surgery. The mean total satisfaction (5-25) of the studied sample was 23.76 (R, 14-25; sd 2.19). No significant differences were found, in the mean total satisfaction or in the individualized analysis of each question, between the different groups: Forefoot vs hindfoot, Urgent vs Scheduled, or according to the type of intervention.

**CONCLUSIONS:** The total satisfaction index of patients operated on for forefoot and hindfoot pathology in the CHUC is very good (23.76 / 25). No significant differences were found in the satisfaction index between the different study groups (forefoot vs. hindfoot; Urgent vs. scheduled; Type of intervention).

**Level of evidence:** III (Historical cohorts).

**Keywords:** satisfaction index, surgery, foot and / or ankle, forefoot, hindfoot.

## INTRODUCCIÓN

A comienzos del siglo XX surge el concepto pionero de valorar el resultado de la actividad médica a través de la satisfacción generada en el paciente, desafiando por primera vez a los médicos a evaluar la eficacia/efectividad de sus tratamientos y tomar las medidas oportunas para prevenir nuevos fracasos en el caso de que los resultados anteriores fuesen negativos. De hecho, se llega a la conclusión de que medir, informar y comparar dichos resultados serían los pasos más relevantes para mejorar y tomar buenas decisiones.

Siguiendo esta filosofía, muchas sociedades profesionales y organizaciones nacionales se han encargado de establecer y respaldar directrices para la recopilación y análisis de los denominados PRO (Patients Report Outcomes), o resultados comunicados por el paciente, en castellano (herramientas que ayudan a definir la satisfacción generada en el paciente con el procedimiento médico realizado) (1).

En lo que concierne a las cirugía de pie y tobillo, se han llevado a cabo diversas revisiones sistemáticas con el fin de aunar las herramientas de medición de los resultados más comúnmente utilizados, y determinar sus limitaciones; así como comprobar si están o no validadas, (2), si bien han sido pocos los trabajos científicos que han examinado las relaciones entre las expectativas preoperatorias de los pacientes sometidos a cirugía de pie o tobillo, en relación a sus características clínicas y demográficas.

El siguiente TFG persigue los siguientes objetivos:

Objetivo principal:

- Valorar índice de satisfacción en pacientes intervenidos de patología de antepié o retropié en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario de Canarias (CHUC).

Objetivos secundarios:

- Diferencias de satisfacción entre cirugía de urgencia y cirugías programadas.
- Diferencias de satisfacción entre cirugías de antepié y retropié.
- Diferencias de satisfacción entre diferentes tipos de intervención.



## MATERIAL Y MÉTODOS

Tras contar con el dictamen favorable del Comité de Ética Local (CHUC\_2020\_97), se realizó un estudio de cohortes histórica, en el que se incluyeron a todos aquellos pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, ningún criterio de exclusión y otorgaron libremente su consentimiento informado para participar en el estudio.

### **Criterios de inclusión:**

- Paciente al que se le haya realizado cirugía en antepié o retropié en el CHUC.
- Alta de consultas externas entre el 1 Octubre de 2019 y 1 de Octubre de 2020.

### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes incapaces de colaborar a la entrevista.
- Pacientes <18 años en el momento del inicio del estudio.
- Pacientes que no acepten participar en el estudio.

### **VARIABLES DEL ESTUDIO**

#### **Variable principal:**

##### **- Satisfacción del paciente con la cirugía (5-25):**

1. En general, ¿está usted satisfecho con el resultado del tratamiento quirúrgico? (1-5)\*
2. ¿Se volvería a intervenir quirúrgicamente del mismo problema? (1-5)\*

3. Si le preguntasen, ¿recomendaría a un familiar o amigo el tratamiento que se le ha realizado? (1-5)\*

4. Respecto al equipo médico, ¿se sintió informado del procedimiento que le han realizado? (1-5)\*

5. Respecto al equipo médico, ¿considera que han hecho todo lo posible para solucionar su problema? (1-5)\*

\* Escala de Likert: 1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Indiferente/Neutro, 4= De acuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo.

**Variables secundarias:**

- Edad.
- Sexo.
- Fecha de intervención.
- Fecha de alta de consulta.
- Diagnóstico.
- Procedimiento.
- Cirugía antepié / retropié.
- Intervención urgente / Intervención programada.

Se contactó telefónicamente para explicar a los pacientes el motivo del estudio y tras la aceptación para participar en el mismo se pasó el Cuestionario (Escala de Likert) sobre satisfacción con el procedimiento realizado.

Se creó a su vez un documento (cuaderno de recogida de datos -CRD-) donde no aparecían datos personales, y se asignó un código numérico de forma ascendente en función de la fecha de intervención quirúrgica. Con ello quisimos garantizar la confidencialidad de los datos transferidos a terceros según la normativa de España y de la UE.

Para el análisis de datos, haciendo uso de toda la información almacenada en los CRD, mediante las plataformas Microsoft Excel y SPSS para su posterior análisis estadístico.

### **Análisis estadístico**

Las comparaciones de proporciones se realizaron con las pruebas de chi cuadrado o exacta de Fisher, según procedió. Las comparaciones de grupos en variables cuantitativas y ordinales se realizaron con las pruebas t de Student, Mann-Whitney o ANOVA, según procedió. Se consideraron significativos los valores de probabilidad menores a 0,05. Los análisis de datos se realizaron con el paquete estadístico SPSS (IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY).

## RESULTADOS

Se incluyeron un total de 63 pacientes. La edad media fue de 53,6 años (R, 18 - 82) y el tiempo de seguimiento medio en consultas de Traumatología fue de 257 días (R, 43 – 830) (Tabla 1). En la muestra se encontraron más mujeres (66%) que hombres (33%) y no se encontraron diferencias significativas en edad y sexo entre los diferentes grupos de estudio (Antepié y retropié; Urgente y programado; Tipo de intervención).

ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA		
Edad	53,6 años (R, 18 - 82)	
Sexo	42 Mujeres (66%)	21 Hombres (33%)
Prioridad clínica	22 Urgentes (35%)	41 Programadas (65%)
Localización anatómica	28 Antepié (44%)	35 Retropié (56%)
Tiempo de seguimiento	257 días (R, 43 – 830)	

Tabla 1.- Estadística descriptiva

El tipo de intervención más realizado fue la osteosíntesis por fractura (32%) (de tobillo principalmente), seguido de la cirugía por Hallux valgus (22%) y la cirugía percutánea de antepié (Tabla 2).

TIPO DE INTERVENCIÓN	
Fractura	20 (32%)
Hallux Valgus	14 (22%)
Percutánea antepié	9 (14%)
Otros (Rotura T. Aquiles, Amputación, etc.)	7 (11%)
Osteotomía de Calcáneo	5 (8%)
Haglund	4 (6%)
Artrodesis	4 (6%)

Tabla 2.- Tipo de intervención

La satisfacción total media de la muestra estudiada fue de 23,76 (R, 14 – 25; sd 2,19). No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la satisfacción total del paciente entre los diferentes grupos: Antepié vs retropié ( $p = 0.235$ , Urgente vs Programado ( $p = 0.219$ ) ni según el tipo de intervención ( $p = 0.462$ ). Tampoco se encontraron diferencias significativas en la satisfacción de los pacientes en el análisis de las 5 preguntas de la encuesta (Tabla 3).

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE (por pregunta)			
PREGUNTAS	ANTEPIÉ VS RETROPIÉ	URGENTE VS PROGRAMADO	TIPO DE INTERVENCIÓN
1.- En general, ¿está usted satisfecho con el resultado del tratamiento quirúrgico?	p = 0.222	p = 0.530	p = 0.346
2.- ¿Se volvería a intervenir quirúrgicamente del mismo problema?	p = 0.702	p = 0.856	p = 0.462
3.- Si le preguntasen, ¿recomendaría a un familiar o amigo el tratamiento que se le ha realizado?	p = 0.316	p = 0.709	p = 0.058
4.- Respecto al equipo médico, ¿se sintió informado del procedimiento que le han realizado?	p = 0.136	p = 0.901	p = 0.969
5.- Respecto al equipo médico, ¿considera que han hecho todo lo posible para solucionar su problema?	p = 0.260	p = 0.460	p = 0.736

Tabla 3.- Satisfacción del paciente (análisis por pregunta)

## DISCUSIÓN

Nuestro estudio demuestra, a grandes rasgos, que el índice de satisfacción global registrados en los pacientes intervenidos de cirugía de antepié o retropié en el Hospital Universitario de Canarias es alto.

Tradicionalmente, el éxito de los procedimientos quirúrgicos ha sido evaluado en términos de resultados únicamente desde la perspectiva del médico. Sin embargo, las evaluaciones médicas no siempre determinan adecuadamente el impacto de los síntomas de la enfermedad en la vida diaria, funcionamiento social, o satisfacción del paciente; ni tampoco predicen la utilización de recursos de salud. Las medidas fisiológicas a menudo no se correlacionan con las observaciones clínicas. Muchas veces, pacientes con un mismo problema clínico, por ejemplo dolor lumbar crónico, tienen diferentes experiencias, niveles de funcionamiento y bienestar emocional. Aunque las evaluaciones desde el punto de vista médico son importantes, la información acerca del impacto de los diferentes estados de salud en la calidad de vida desde la perspectiva del paciente complementa el conocimiento acerca de las enfermedades y su manera de tratarlas de manera eficiente. De la misma manera que las técnicas quirúrgicas han evolucionado, la forma en que se miden los resultados está cambiando con creciente importancia de la evaluación de resultados desde la perspectiva del paciente.

Los denominados por sus siglas en inglés PROMs (patient reported outcome measures) son instrumentos de medición que consisten en un conjunto de preguntas o ítems acerca de un problema determinado que el paciente nos comunica. Estas preguntas frecuentemente se organizan

mediante la escala de Likert, que consisten en solicitar al paciente seleccionar su grado de acuerdo o desacuerdo con una afirmación o escalas visuales analógicas, otorgando una puntuación final.

Son muchos los cuestionarios disponibles en la literatura científica actual, si bien, se debe dedicar tiempo en el desarrollo de una idea o proyecto para elegir el más adecuado para valorar al objetivo principal de un estudio. En el caso del presente TFG, hemos optado igualmente por un cuestionario sencillo, con preguntas ponderadas según la escala de Likert, puesto que nuestra idea es tener una idea global de cómo es la satisfacción generada en los pacientes con los procedimientos quirúrgicos realizados. Debe reseñarse que cuesta llegar a vislumbrar conclusiones claras sobre la investigación en el campo de la satisfacción postoperatoria del paciente en la cirugía de pie y tobillo, y la mayoría de escalas funcionales utilizadas en la literatura científica disponible se basan en encuestas centradas en diferentes dominios que incluyen, entre otros, dolor, deambulación, función diaria, ejercicio y calzado (3). Por estas razones, la medición de la satisfacción de un procedimiento quirúrgico supone un método novedoso, centrado en el paciente, que se correlaciona con medidas de resultado validadas. De esta forma, los cirujanos pueden utilizar este tipo de encuestas para aconsejar a los pacientes antes de la operación y también para evaluar los resultados en el postoperatorio (3).

En la literatura encontramos trabajos que evalúan las diferencias en las expectativas de un procedimiento quirúrgico entre pacientes y cirujanos. En líneas generales, los pacientes esperan un mejor resultado quirúrgico, con expectativas más altas que los especialistas, en tanto en cuanto se habla de "mejorar la estabilidad en el pie/tobillo", "evitar que el pie/tobillo empeore" y



“mejorar el dolor en reposo”. Estos resultados refuerzan la necesidad e importancia de que los cirujanos informen adecuadamente a los pacientes antes de la operación (4). En nuestro trabajo, una de las posibles causas de un nivel de satisfacción global tan alto entre los pacientes puede ser debido a que los médicos responsables explican las potenciales complicaciones en el momento de entregar el consentimiento informado a los pacientes. Así, si a un paciente intervenido de urgencias por una fractura de tobillo, se le explica antes de la cirugía que por el trazo de fractura es posible que genere artrosis de forma precoz, o que, por el período de inmovilización postoperatorio es posible que genere cierta rigidez que comprometa en mayor o menor medida el balance articular pero que éste es necesario un determinado número de semanas para aumentar la estabilidad de la fijación y conseguir un mejor resultado final, el paciente afrontará su patología con expectativas reales, y asumir sus posibles secuelas.

Respecto al primero de los objetivos secundarios, la temporalidad de la intervención, se ha publicado en los procedimientos quirúrgicos de urgencia que pacientes en los que se produce un error diagnóstico, quedando patología o parte de ella no diagnosticada, presentan peores índices de satisfacción con el procedimiento realizado, por ejemplo, una lesión de Lisfranc no diagnosticada o un paciente politraumatizado con múltiples fracturas causante de riesgo vital (fractura de pelvis, abierta de fémur, etc) que requiere ingreso en UVI. Por ello, es necesario una evaluación cuidadosa del área del pie y tobillo durante el reconocimiento primario y secundario, particularmente cuando se diagnostique una fractura de tibia o fémur (5).

En cuanto a los resultados a corto plazo de una cirugía de urgencia en pie o tobillo, un estudio afirma que el hecho de ser mujer y presentar incongruencia articular, suponen factores de riesgo independientes para presentar resultados clínicos y funcionales tempranos claramente inferiores (6).

En cuanto a los procedimientos quirúrgicos programados, un hecho que ha podido favorecer al alto índice de satisfacción es la alta tasa de ambulatorización (70%) de las intervenciones realizadas. Esto va en concordancia a la tendencia internacional, puesto que el hecho de realizar los procedimientos de forma ambulatoria, genera mayores índices de satisfacción en los pacientes, reduce el impacto económico y se asocia con menor tasa de complicaciones postoperatorias cuando se realiza una correcta selección de los pacientes que deben ser intervenidos por esta vía (7).

No hemos encontrado en la literatura científica revisada ningún estudio que compare la satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos urgentes frente a programados en el área de pie y tobillo.

Tampoco hemos encontrado diferencias significativas en la satisfacción de pacientes sometidos a cirugía de antepié frente a retropié, ni entre los diferentes diagnósticos que motivaron la cirugía.

Existen diferentes variables que se han relacionado con la satisfacción de los pacientes tras los procedimientos quirúrgicos. En un estudio publicado en 2019 por el Servicio de Cirugía Ortopédica de un Hospital Universitario de Nueva York (8), se evaluó la relación entre el tipo de seguro médico (completamente asegurado vs no asegurado / seguro insuficiente) y los resultados en la cirugía electiva en pie y tobillo. Concluyeron que los pacientes

con seguro insuficiente o no asegurados presentaron peores índices de satisfacción con el procedimiento, peor control del dolor postoperatorio, así como peores resultados funcionales. Con respecto a nuestro TFG, otra causa que puede explicar la alta satisfacción, tanto en cirugía electiva como de urgencias, es que el estudio se ha realizado en España, un país que cuenta con una Sanidad universal, equitativa y gratuita.

Otra variable que se ha relacionado con el índice de satisfacción de los pacientes con un procedimiento quirúrgico es el control del dolor postoperatorio, en el que influyen el tipo de anestesia, analgesia, antiinflamatorios, bombas de perfusión elastomérica o continua de morfínicos, etc (9–11).

La mayoría de pacientes sometidos a cirugías de tobillo y pie presentan dolor de intensidad moderada-severa en el postoperatorio inmediato con una duración media de 24-48 horas. Este dolor alcanza una intensidad que en ocasiones interfiere en sus actividades diarias (12).

La analgesia oral resulta en muchos casos insuficiente dada la intensidad del dolor y el elevado incumplimiento de la pauta analgésica por parte de los pacientes. Este dolor postoperatorio produce complicaciones médicas, alargamiento de la estancia hospitalaria y aumento de los costes (13,14). Estos factores aumentan la carga de los sistemas de salud en términos del tiempo y los costes de atención de los pacientes con dolor agudo. Las dificultades para lograr una analgesia satisfactoria para el paciente incluyen un deficiente conocimiento sobre el control del dolor por parte del personal, el tratamiento subóptimo, la falta de instrucciones que se les da a los pacientes y las insuficientes evaluaciones de dolor. La

monitorización efectiva del dolor postoperatorio es esencial para mejorar la calidad de la atención sanitaria. Los indicadores de calidad son medidas cuantitativas de la práctica clínica que pueden monitorizar, evaluar y guiar la calidad de la atención brindada a los pacientes (14).

Respecto a los procedimientos realizados de forma ambulatoria, el control analgésico es fundamental, ya que en ello se fundamenta su viabilidad. Existe un porcentaje en torno al 30% de los pacientes intervenidos ambulatoriamente que presentan dolor moderado-severo. La falta de control del dolor postquirúrgico retrasa el alta de numerosos pacientes siendo uno de los principales motivos de ingreso y de peores índices de satisfacción (15).

En general las técnicas analgésicas regionales, bien sea analgesia epidural o analgesia periférica son superiores respecto a la analgesia PCA (analgesia controlada por el paciente) mediante opioides intravenosos. Presentando mayor control analgésico postquirúrgico así como menores efectos adversos tales como sedación, náuseas o vómitos (16).

El uso de anestesia regional en la cirugía de pie y tobillo ha aumentado como consecuencia de diferentes estudios que han demostrado mínimas complicaciones, menor estancia hospitalaria, menor necesidad de opioides y mayores datos de satisfacción (17). Mientras que, la analgesia tras la infiltración de la herida quirúrgica con anestésico local ha demostrado ser efectiva en la disminución del dolor en las primeras horas tras la intervención pero habitualmente no proporciona una duración suficiente (18).

El control del dolor posquirúrgico supone un problema aún sin resolver en la mayoría de países del mundo. Según diferentes estudios, más de la mitad

de los pacientes sometidos a cirugía presentaban dolor moderado severo tras la misma y a pesar de los nuevos tratamientos disponibles, no se han encontrado evidencias de mejoría en el control del dolor postoperatorio (19).

En la actualidad, se aboga por el uso de protocolos de analgesia multimodal para el correcto control del dolor postoperatorio. El uso combinado de técnicas analgésicas produce un mejor control del dolor con disminución de los efectos adversos, menores tasas de dependencia a opioides y mayor satisfacción y regreso a la vida diaria (20). Como podemos ver, en el *estudio realizado por estudiantes de Medicina de la ULL en el 2020 sobre el control del dolor en pacientes intervenidos de cirugía en pie y/o tobillo*, la satisfacción media fue de 8,72/10, por lo que se puede considerar alta y todos los pacientes recibieron un tratamiento analgésico multimodal. La Sociedad Americana del Dolor ha realizado una guía sobre la gestión y el manejo del dolor postoperatorio, para promover un tratamiento basado en la evidencia, efectivo, y más seguro, abordando áreas que incluyen la educación preoperatoria, la planificación del manejo del dolor perioperatorio y el uso de métodos farmacológicos y no farmacológicos (21).

Para finalizar y no menos importante, la satisfacción global del paciente con un procedimiento puede estar condicionada por otras patologías como son la ansiedad y la depresión. Este TFG no recoge específicamente el porcentaje de pacientes con estos diagnósticos, si bien, el propósito de un estudio publicado por investigadores japoneses fue aclarar la incidencia de ansiedad y depresión entre pacientes con enfermedades crónicas de pie y tobillo (22). Para ello, examinaron la asociación independiente entre ambos trastornos con el dolor y la calidad de vida. La ansiedad y la depresión se evaluaron mediante

la escala de ansiedad y depresión hospitalaria, mientras que el dolor y la calidad de vida fueron evaluadas mediante la escala analógica visual (EVA) y el cuestionario de evaluación del pie autoadministrado (SAFE-Q), respectivamente. Llegaron a las conclusiones de que aproximadamente el 30% de los pacientes con enfermedad crónica del pie y tobillo presentaban ansiedad y/o depresión. También destacan la importancia de que el facultativo tenga la capacidad de reconocer estas patologías para optimizar los resultados tanto funcionales como de satisfacción percibida por el paciente con la intervención (22).

## LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El presente estudio tiene una serie de limitaciones que deben reseñarse. En primer lugar, por su propia metodología, al ser un estudio retrospectivo y por tanto no aleatorizado. En segundo lugar, se realizó en un único centro hospitalario por lo que los resultados pueden no ser extrapolables, sin embargo, los diagnósticos comunes en este estudio incluyeron fracturas de tobillo, hallux valgus y cirugía percutánea de antepié, cirugías comunes realizadas por los médicos especialistas de pie y tobillo en cualquier parte del mundo. En tercer lugar, no se utilizaron los cuestionarios validados para valorar la calidad de vida de los pacientes, pues decidimos elegir un sistema de medición sencillo y rápido que facilitara la entrevista telefónica y la obtención de resultados. Por último, no valoramos el estado psíquico previo de los pacientes que influyen de manera determinante en la satisfacción global tras las actuación terapéuticas.

## CONCLUSIONES

El índice de satisfacción total de los pacientes intervenidos por patología de antepié y retropié en el CHUC es alto (23,76/25). No se encontraron diferencias significativas en el índice de satisfacción entre los diferentes grupos de estudio (antepié frente a retropié; urgente frente a programado; tipo de intervención). Es necesario realizar un abordaje individualizado del paciente para optimizar los resultados tanto funcionales como de satisfacción en el paciente sometido a una intervención quirúrgica en pie y tobillo.

### ¿Qué he aprendido durante este TFG?

A título personal, la realización de este trabajo de fin de grado, me ha permitido adquirir y desarrollar diferentes destrezas necesarias para abordar una investigación, siempre desde un planteamiento bien estructurado. He podido manejar la base de datos SAP para consultar los diferentes datos de las historias clínicas de los 63 pacientes a estudio, ampliar habilidades comunicativas básicas en las entrevistas telefónicas hechas con cada uno de los mismos, y reforzado el conocimiento sobre búsqueda bibliográfica de artículos de investigación biomédica como Pubmed o NCBI, discerniendo entre publicaciones realmente avaladas por la comunidad científica y aquellas con escasa relevancia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hunt KJ, Lakey E. Patient-Reported Outcomes in Foot and Ankle Surgery. *Orthopedic Clinics*. 2018 Apr 1;49(2):277–89.
2. Shazadeh Safavi P, Janney C, Jupiter D, Kunzler D, Bui R, Panchbhavi VK. A Systematic Review of the Outcome Evaluation Tools for the Foot and Ankle. *Foot & Ankle Specialist*. 2019 Oct 1;12(5):461–70.
3. Cody EA, Mancuso CA, Burket JC, Marinescu A, MacMahon A, Ellis SJ. Patient Factors Associated With Higher Expectations From Foot and Ankle Surgery. *Foot Ankle Int*. 2017 May 1;38(5):472–8.
4. Henry JK, Roney A, Cody EA, Hummel A, Mancuso CA, Ellis S. Fulfillment of Expectations After Orthopedic Foot and Ankle Surgery. *Foot Ankle Int*. 2019 Nov 1;40(11):1249–59.
5. MacMahon A, Cody EA, Caolo K, Henry JK, Drakos MC, Demetracopoulos CA, et al. Comparison of Patients' and Surgeons' Expectations in Foot and Ankle Surgery. *Foot Ankle Int*. 2020 Oct 1;41(10):1173–80.
6. Idarraga AJ, Wright-Chisem A, Bohl DD, Lee S, Lin J, Holmes GB, et al. Functional Capacity Evaluation for Injuries to the Foot and Ankle. *Foot Ankle Int*. 2019 Nov 1;40(11):1282–7.
7. Fitschen-Oestern S, Lippross S, Lefering R, Besch L, Klüter T, Schenzer-Hoffmann E, et al. Missed foot fractures in multiple trauma patients. *BMC Musculoskelet Disord* [Internet]. 2019 Mar 25 [cited 2021 Apr 28];20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6434880/>
8. Sung KH, Kwon S-S, Yun Y-H, Park MS, Lee KM, Nam M, et al. Short-Term Outcomes and Influencing Factors After Ankle Fracture Surgery. *The Journal of Foot and Ankle Surgery*. 2018 Nov 1;57(6):1096–100.
9. Huntley SR, McGee AS, Johnson JL, Debell HA, McKissack HM, McGwin G, et al. Outcomes of Inpatient Versus Outpatient Elective Foot and Ankle Surgery. *Cureus* [Internet]. [cited 2021 Apr 28];11(2). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6464278/>
10. Bakhsh W, Childs S, Oh I, Flemister S, Baumhauer J, Ketz J. Evaluating Patients for Elective Outpatient Foot and Ankle Surgery: Insurance as a Predictor of Patient Outcomes. *Foot & Ankle Specialist*. 2019 Dec 1;12(6):522–9.
11. Meng J, Zhu Y, Li Y, Sun T, Zhang F, Qin S, et al. Incidence and risk factors for surgical site infection following elective foot and ankle surgery: a retrospective study. *J Orthop Surg Res* [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2021 Apr 28];15. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7528469/>



12. Ferrer Gómez C, Puig Bitrià R, Boada Pie S, Recasens Urbez J, Rull Bartomeu M. Oral analgesia versus posterior tibial nerve block for postoperative pain in ambulatory open hallux valgus surgery: a randomized clinical trial. *Rev Esp Anestesiología y Reanimación*. 2006 Apr;53(4):220–5.
13. Duellman TJ, Gaffigan C, Milbrandt JC, Allan DG. Multi-modal, pre-emptive analgesia decreases the length of hospital stay following total joint arthroplasty. *Orthopedics*. 2009 Mar;32(3):167.
14. Meissner W, Huygen F, Neugebauer EAM, Osterbrink J, Benhamou D, Betteridge N, et al. Management of acute pain in the postoperative setting: the importance of quality indicators. *Current Medical Research and Opinion*. 2018 Jan 2;34(1):187–96.
15. McGrath B, Elgendy H, Chung F, Kamming D, Curti B, King S. Thirty percent of patients have moderate to severe pain 24 hr after ambulatory surgery: A survey of 5,703 patients. *Can J Anesth*. 2004 Nov 1;51(9):886–91.
16. Pearce CJ, Hamilton PD. Current Concepts Review: Regional Anesthesia for Foot and Ankle Surgery. *Foot Ankle Int*. 2010 Aug 1;31(8):732–9.
17. Kainzwaldner V, Rachinger-Adam B, Mioc-Curic T, Wöhrle T, Hinske LC, Luchting B, et al. Qualität der postoperativen Schmerztherapie. *Anaesthesist*. 2013 Jun 1;62(6):453–9.
18. Gądek A, Liszka H, Wordliczek J. Postoperative Pain and Preemptive Local Anesthetic Infiltration in Hallux Valgus Surgery. *Foot Ankle Int*. 2015 Mar 1;36(3):277–81.
19. Andrae MH, Andrae DA. Local anaesthetics and regional anaesthesia for preventing chronic pain after surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2012 [cited 2021 May 28];(10). Available from:  
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007105.pub2/full>
20. Kohring JM, Orgain NG. Multimodal Analgesia in Foot and Ankle Surgery. *Orthopedic Clinics of North America*. 2017 Oct 1;48(4):495–505.
21. Chou R, Gordon DB, Leon-Casasola OA de, Rosenberg JM, Bickler S, Brennan T, et al. Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. *The Journal of Pain*. 2016 Feb 1;17(2):131–57.
22. Bianchi T, Wolcott R d., Peghetti A, Leaper D, Cutting K, Polignano R, et al. Recommendations for the management of biofilm: a consensus document. *J Wound Care*. 2016 Jun 2;25(6):305–17.

## ANEXOS

### [ANEXO 1. Hoja de información al paciente](#)

#### **HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE (versión 1, Octubre 2020)**

**TÍTULO DEL ESTUDIO:** “SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN CIRUGÍA DE ANTEPIÉ Y RETROPIÉ”.

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:** *Dr. Mario Herrera Pérez. Servicio de cirugía Ortopédica y Traumatología.*

**Contacto:** *Contactar con 922678000 y busca*

**CENTRO:** Hospital Universitario de Canarias.

#### **INTRODUCCION**

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación correspondiente.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

#### **PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA**

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

#### **DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:**

Se trata de un estudio en el que pretendemos analizar su satisfacción global tras la cirugía de antepié/retropié que se le ha practicado, tras lo cual también compararemos los resultados entre dichos procedimientos. Para ello se procederá a realizarle una llamada telefónica donde se le hará una encuesta de satisfacción del tratamiento quirúrgico practicado (Escala De Likert).

El objetivo final del estudio busca conocer su satisfacción real, tanto en relación al procedimiento quirúrgico que se le ha realizado, como al equipo médico que le ha atendido; buscando en última instancia, si recomendaría o no la cirugía a una persona allegada.

En cuanto a los beneficios, usted no percibirá ninguna remuneración por participar, pero sí puede contribuir a optimizar los resultados quirúrgicos en esta técnica a la que ha tenido que ser sometido y ayudará así al resto de la comunidad científica y

en definitiva a pacientes de todo el mundo a mejorar la calidad asistencial con la que serán tratados.

Los invitados al estudio son todas las personas intervenidas de antepié/retropié entre el 1 Octubre 2019 y 1 de Octubre de 2020 (30-40 pacientes aprox.)

## **CONFIDENCIALIDAD**

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y a la aplicación de del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD), por lo que es importante que conozca la siguiente información:

- Además de los derechos que ya conoce (acceso, modificación, oposición y cancelación de datos) ahora también puede limitar el tratamiento de datos que sean incorrectos, solicitar una copia o que se trasladen a un tercero (portabilidad) los datos que usted. ha facilitado para el estudio. Para ejercitar sus derechos, diríjase al investigador principal del estudio. Le recordamos que los datos no se pueden eliminar aunque deje de participar en el estudio para garantizar la validez de la investigación y cumplir con los deberes legales y los requisitos de autorización de medicamentos. Así mismo tiene derecho a dirigirse a la Agencia de Protección de Datos si no quedara satisfecho.

## **INFORMACIÓN ADICIONAL**

Tal y como exige la ley, para participar deberá firmar y fechar el documento de consentimiento informado.

El investigador principal de este estudio en este centro es el Dr. Mario Ulises Herrera Pérez.

Si durante la realización de este estudio le surge alguna cuestión relacionada con el, puede consultar con el Dr. David González Martín del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario de Canarias en el número de teléfono 922679500 (Busca 218).

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo (nombre y apellidos)

.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.  
He podido hacer preguntas sobre el estudio.  
He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con:

.....

(nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1º Cuando quiera
- 2º Sin tener que dar explicaciones.
- 3º Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

**Firma del paciente:**

**Nombre:**

**Fecha:**

**Firma del investigador:**

**Nombre:**

**Fecha:**