

TRABAJOS CIENTÍFICOS

Resultados y seguimiento alejado de la hernioplastia de Lichtenstein: Aplicación de un instrumento cualitativo y cuantitativo de medición*

Results and long-term follow-up of tension-free Lichtenstein hernioplasty: Application of a qualitative and quantitative measurement instrument

Drs. MARCELO BELTRÁN S¹, CELESTE BURGOS C¹, MAURICIO PAREDES F², HUGO MARTÍNEZ G¹, RODOLFO LARENAS U¹, TITO F. TAPIA Q¹, JORGE ALMONACID F¹, TATIANA DANILOVA¹, ALFONSO VICENCIO¹, EU. GLORIA ARAYA¹, EU. KARINA CRUCES B¹

¹Departamento de Cirugía. ²Unidad de Psiquiatría. Hospital de Ovalle

RESUMEN

Introducción: La evaluación de los parámetros habituales de éxito en la hernioplastia de Lichtenstein no refleja sus resultados reales. Es posible evaluar estos resultados desde el punto de vista del cirujano y del paciente. **Objetivo.** Evaluación de los resultados de la hernioplastia de Lichtenstein en pacientes mayores de 15 años de edad. **Material y método.** Se desarrolló un instrumento de evaluación cualitativa y cuantitativa de resultados. Se diseñó un estudio en dos fases. Inicialmente se realizó un análisis retrospectivo de fichas clínicas. Posteriormente, los pacientes fueron citados para entrevista y examen físico. Se aplicó el test *t* de Student para las variables continuas y el X² para las variables categóricas. Las preguntas del instrumento fueron evaluadas con el test *Kappa*, los resultados corregidos con el test *Phi* y comparados con los días de hospitalización y recurrencia de la hernia. **Resultados.** El puntaje obtenido, demostró que 83% de los pacientes siente que los resultados de su cirugía son excelentes (10 a 11 puntos), 9,7% siente que los resultados son muy buenos y 9 pacientes (3,8%) siente que son malos o muy malos. **Conclusiones:** La evaluación de los resultados de la hernioplastia de Lichtenstein no debe reflejar únicamente la capacidad técnica de los cirujanos sino también los aspectos más íntimos de la experiencia del paciente. Mediante la utilización del instrumento de medición, los resultados de la hernioplastia con malla sin tensión pueden ser comparados entre diversos grupos de cirujanos dedicados a la patología herniaria.

PALABRAS CLAVES: *Hernioplastia, Lichtenstein, calidad de vida, resultados*

SUMMARY

Background: The real outcomes of the inguinal tension-free Lichtenstein hernioplasty are not reflected by the usual parameters measured and usually reported. It is possible to measure these outcomes from the point of view of the surgeon, as well as the patient, using an instrument specifically designed for that

*Recibido el 26 de noviembre de 2004 y aceptado para publicación el 4 de abril de 2005.
E-mail: beltran-01@yahoo.com

purpose. *Aim:* To analyze the outcomes of the tension-free hernioplasty in 236 patients operated between January 1997 and December 1999. *Material and methods:* Based upon the concept of quality-of-life, we designed a structured questionnaire in the form of a qualitative-and-quantitative measurement instrument. The study had two phases. First, we analyzed retrospectively the clinical charts of the patients. Second, we interviewed and examined the patients and applied the measurement instrument. The questions of the instrument were statistically analyzed with the Kappa test, the results corrected with the Phi test and compared with days of hospitalization and recurrences. *Results:* The score obtained by the instrument demonstrated that 83% patients felt that the outcomes of their surgical procedure were excellent (10 to 11 points), 9.7% felt that their outcomes are very good, and 9 (3.8%) patients felt that their outcomes are bad or very bad. *Conclusions:* The outcomes of surgical procedures, as the Lichtenstein hernioplasty, should not only reflect the technical ability of the surgeons but also the more intimate aspects of the patient's experience. We showed that it is possible to measure the outcomes of a common surgical procedure in a more complete way using a simple measurement instrument.

KEY WORDS: *Hernioplasty, Lichtenstein, quality of life, results*

INTRODUCCIÓN

La publicación seminal de Irving L. Lichtenstein en 1989 sentó las bases y conceptos de la cirugía actual de la hernia inguinal¹. La técnica de la hernioplastia sin tensión con malla de Lichtenstein (HL) se introdujo en el Hospital de Ovalle (HO) el año 1997. En un reporte primordial¹, Lichtenstein describió 1000 hernioplastias consecutivas con seguimiento de 1 a 5 años, en los que no se presentaron recurrencias. Estudios con períodos de seguimiento prolongados, reportan una recurrencia entre 0 y 5%²⁻¹³. Estos excelentes resultados establecieron a la HL como el *gold standard* de la cirugía de hernia inguinal^{6,10,11}. En 1948, la *World Health Organization*, definió a la salud como: *ausencia de enfermedad y presencia asociada de bienestar físico, mental y social*¹⁴. Cuando esta definición se aplica a la evaluación de los resultados de las intervenciones médicas en los pacientes, nace el concepto de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)¹⁵. La CVRS se refiere a los dominios físico-funcional, psicológico y social de la salud vistos como distintas áreas que son influenciadas por las experiencias, creencias, expectativas y percepciones de las personas y que pueden denominarse colectivamente como la percepción de salud propias del paciente¹⁵. Los resultados de la HL se miden tradicionalmente mediante parámetros como dolor postoperatorio, alta precoz, tiempo del retorno al trabajo, complicaciones del postoperatorio inmediato, recurrencia y otras complicaciones tardías¹⁻¹³. Los primeros estudios que evaluaron los resultados de la HL desde el punto de vista de la CVRS^{16,17}, se remontan a 1997 y actualmente son frecuentes^{18,19}. Los instrumentos que miden la CVRS presentan complejos diseños y extensos cuestionarios²⁰⁻²², aún aquellos con formas *abreviadas*^{23,24}. Es posible

evaluar los resultados de la HL desde el punto de vista del cirujano y del paciente, utilizando un *instrumento* específicamente diseñado para este objetivo.

OBJETIVO

Evaluación de los resultados de la HL en pacientes masculinos mayores de 15 años de edad, con un seguimiento de 54 a 90 meses, promedio 72 meses. Para lograr este objetivo se desarrolló un instrumento de evaluación cualitativa y cuantitativa del paciente sobre la base del concepto de la CVRS. Un segundo objetivo es la aplicación de este instrumento en el universo estudiado.

MATERIAL Y METODO

Se estudiaron los pacientes mayores de 15 años de edad operados por hernias de la región inguinal entre Enero 1997 y Diciembre 1999, en total 443 casos. El año 1997, 39 pacientes de 137 (28,4%) se operaron mediante HL, en 1998, fueron 91 de 134 (67%) y en 1999, fueron 133 de 172 (76,8%). Actualmente el 100% de las hernias inguinales en pacientes masculinos se operan mediante HL en nuestra institución. Para el estudio fueron seleccionados solo los pacientes operados mediante HL. El universo de estudio quedó constituido por 263 pacientes masculinos, que representan 59,3% de todos los pacientes operados por patología inguinofemoral en el período de estudio. De los 263 pacientes, fueron excluidos 27 que no completaron el estudio: 22 fueron perdidos al seguimiento y 5 fallecieron por causas no relacionadas con la cirugía. El universo final quedó constituido por 236 pacientes (Tabla 1). Se clasificaron las hernias según la clasificación de Gilbert²⁵ modifica-

Tabla 1
CARACTERÍSTICAS GENERALES EN 443 HERNIOPLASTIAS (1997-1999)

	1997		1998		1999		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Operados por año	137	(100)	134	(100)	172	(100)	443	(100)
Lichtenstein	39	(28,4)	91	(67)	133	(76,8)	263	(59,3)
Perdidos a seguimiento	n: 39	(100%)	n: 91	(100%)	n: 133	(100%)	n: 263	(100%)
Fallecidos	4	(10,2)	9	(9,8)	9	(6,7)	22	(8,3)
Pacientes no estudiados	–		2	(2,1)	3	(2,2)	5	(1,9)
Pacientes estudiados	4	(10,2)	11	(12)	12	(9)	27	(10,2)
Edad / Promedio ±DS	35	(89,8)	80	(88)	121	(91)	236	(89,8)
	50,9 ±16,7	(27-87)	53,8 ±16,5	(21-88)	56,8 ±16	(22-86)	54,9 ±16,3	(21-88)

DS: Desviación standard.

da por Rutkow y Robbins²⁶ (Tabla 2). La técnica utilizada durante estos primeros 3 años de nuestra experiencia fue la clásicamente descrita por Lichtenstein¹. Todas las prótesis fueron de polipropileno así como el material de sutura utilizado para fijarlas.

Diseño del estudio y protocolo

Se diseñó un estudio en dos fases. Inicialmente se realizó un análisis retrospectivo de las fichas clínicas de pacientes operados en forma electiva por patología herniaria inguinal. Fueron seleccionados los pacientes masculinos operados mediante HL. En la segunda fase, estos pacientes fueron citados para entrevista y examen físico. Las entrevistas fueron realizadas entre Enero y Junio 2004. Los pacientes fueron citados telefónicamente o en visita domiciliaria por los investigadores y por el Servicio Social del HO mediante notificación a través del consultorio o posta rural, en el caso de los pacientes con residencia fuera de la ciudad. Se completó un protocolo con variables demográficas, de atributo, independientes, dependientes, categóricas y continuas; y una hoja del instrumento diseñado para la medición de los resultados de la HL con variables descriptivas y dicotómicas. Esta hoja se denominó: *Instrumento de medición cuantitativa y cualitativa de los resultados en la hernioplastia de Lichtenstein (ICCRHL)* (Anexo).

El diseño del estudio corresponde a una investigación cualitativa y evaluativa de resultados quirúrgicos en una cohorte consecutiva, no aleatoria, retrospectiva con corte transversal, que tiene *face validity* y que aplica prospectivamente un instrumento evaluativo de patología específica²⁷, para la medición objetiva de los resultados de la HL. La aplicación del instrumento se realizó durante la entrevista. En la pregunta 1 se utilizó una escala

Tabla 2
CLASIFICACION EN 236 HERNIOPLASTIAS DE LICHTENSTEIN

1997-1999: 236 Hernioplastias de Lichtenstein		
Tipo	n	%
1	62	26
2	44	18,5
3	46	19,3
4	56	23,5
5	19	8
6	11	4,6
Total	236	100
Hernia	n	%
Primaria	207*	87,8
Recurrente	29	12,2
Total	236	100

*X² p<0,05.

Pregunta 1
¿COMO SE SIENTE UD. RESPECTO A LA CIRUGÍA DE SU HERNIA?

Respuesta	Puntos	1997-1999	
		n	%
Peor	-1	1	0,4
Mal	0	–	–
Igual	1	1	0,4
Mejor	2	4	1,7
Bien	3	8	3,4
Muy bien	4	30	12,7
Excelente	5	192*	81,4
Total		236	100

*X² p<0,05.

ANEXO

INSTRUMENTO DE MEDICION CUANTITATIVA Y CUALITATIVA DE LOS RESULTADOS EN LA HERNIOPLASTIA DE LICHTENSTEIN (ICCRHL)

Nombre: _____ Edad: _____ Ficha: _____

1. Como se siente Ud. respecto a la cirugía de su hernia?

- Peor: ____ (-1)
- Mal: ____ (0)
- Igual: ____ (1)
- Mejor: ____ (2)
- Bien: ____ (3)
- Muy bien: ____ (4)
- Excelente: ____ (5)

Escala de satisfacción para hernioplastia	
-1	Peor
0	Mal
1	Igual
2	Mejor
3	Bien
4	Muy bien
5	Excelente

2. Persiste alguno de los síntomas que tenía Ud. antes de su cirugía?

- Si: ____ (0) No: ____ (1)
- Cuales: _____

3. Desarrolló algún síntoma o complicación que Ud. NO tenía antes de su cirugía?

- Si: ____ (0) No: ____ (1)
- Cuales: _____
- Cuando se desarrolló? : _____
- Aún persiste?: Si: ____ (-1) No: ____ (0)

- Atrofia testicular
- Inguinodinia crónica
- Diseyaculación
- Infertilidad

4. Tuvo Ud. alguna complicación después de su cirugía?

- Si: ____ (0) No: ____ (1)
- Cual?: _____
- Cuanto tiempo después de la cirugía: _____
- Se solucionó?: Si: ____ (0) No: ____ (-1)

Locales:	- Recurrencia
	- Hematoma/hemorragia
	- Edema escrotal
	- Equimosis local
	- Hidrocele
	- Isquemia testicular
	- Infección de sitio quirúrgico
	- Fístula por hilio
	- Migración de malla
	- Retención urinaria
Sistémicas:	- TVP/TEP
	- Neumonía
	- ITU
	- IAM

5. Después de su cirugía su capacidad de trabajo y / o su capacidad física han mejorado?

- Si: ____ (1)
- No: ____ (0)

6. Esta Ud. satisfecho con su cirugía?

- Si: ____ (1)
- No: ____ (0)
- Por que?: _____

7. Se operaría Ud. otra vez de la misma cirugía?

- Si: ____ (1)
- No: ____ (0)
- Por que?: _____

Excelente:	10-11 puntos
Muy buena:	8-9 puntos
Buena:	6-7 puntos
Mala:	4-5 puntos
Muy mala:	0-3 puntos

visual analógica modificada para el ICCRHL. Las preguntas restantes fueron contestadas verbalmente por el paciente, las respuestas fueron agrupadas según el patrón intrínseco de las mismas por

el entrevistador. En el caso de las complicaciones y los síntomas preoperatorios y postoperatorios, la información que brindó el paciente fue comparada con la información de la ficha clínica.

Definiciones utilizadas en el diseño del ICCRHL

En el diseño del ICCRHL, se tomaron en cuenta las siguientes condiciones y definiciones:

1. Se entiende por calidad de vida con relación a la salud a las mediciones respecto a como se siente el paciente o el valor que él asigna a su salud^{15,27}.

2. Se entiende por cobertura del ICCRHL, a cada componente objetivo o subjetivo, síntoma, condición o rol social, que es importante para los miembros del entorno social del paciente y que son susceptibles de verse afectados positivamente o negativamente por la intervención^{15,27}.

3. Se entiende por confiabilidad del ICCRHL, a los valores del proceso de medida que permanecen similares cuando son medidos repetidas veces en condiciones constates en series extensas de casos^{15, 27}.

4. Se entiende por validez o *face validity* del ICCRHL, a la capacidad de medir el objetivo que pretende medir y para el cual fue diseñado^{15,27}.

5. Se entiende por sensibilidad del ICCRHL, a la habilidad de demostrar cambios verdaderos o diferencias en la calidad de vida del paciente a lo largo del tiempo o después de una intervención^{15,27}.

6. Se entiende por apropiado al ICCRHL, si este es apropiado para el problema de salud que pretende medir y para el probable rango de efectos que puede presentar el problema que está investigando²⁷.

7. Se entiende por practicidad del ICCRHL, a la facilidad con la cual este puede ser utilizado²⁷.

8. Se entienden por dominios en el ICCRHL, a los diferentes aspectos que mide el mismo y que se dividen en aspectos psicológicos, físicos y sociales del bienestar del paciente^{15,27}.

9. Se entiende por inguinodinia al dolor de la región inguinal potencialmente incapacitante, que se presenta posteriormente a una HL en el período postoperatorio inmediato o después de un período libre de dolor y que se debe a la lesión o a la compresión de uno o más de los nervios: ilioinguinal, iliohipogástrico, genitofemoral o femorocutáneo lateral²⁸⁻³⁵.

10. La inguinodinia comprende un espectro de sensaciones tales como: parestesia, hipoestesia y disestesia^{32, 35}.

11. Se entiende por inguinodinia crónica al dolor que persiste por más de 2 años sin resolución^{30,31}.

Análisis estadístico

Se calculó el promedio, rango y desviación standard para las variables de atributo y depen-

dientes, se aplicó el test *t* de *Student* para las variables continuas y el X^2 para las variables categóricas, el nivel de significación se estableció en $p < 0,05$. Las preguntas del ICCRHL fueron evaluadas con el test Kappa (κ) (Chance-corrected agreement test), los resultados fueron corregidos con el test Phi (π) (Chance-independent agreement test) y comparados con los días de hospitalización y la recurrencia de la hernia. El test κ elimina el sesgo presente en las observaciones de dos observadores diferentes sobre el mismo punto. El test π elimina las limitaciones del test κ cuando se miden múltiples variables diversas, el valor π demuestra una mayor diferencia entre dos observaciones cuando se acerca a - 1,0 o menos y una concordancia extrema cuando se acerca 1,0 o más. En el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 11.0 (Chicago, Illinois, USA).

RESULTADOS

El promedio de edad fue $54,9 \pm 16,3$ (21-88) años (Tabla 1). El 63,8% correspondieron a hernias indirectas (Tipos 1, 2 y 3) y 23,5% a hernias directas Tipo 4. El 87,8% fueron hernias primarias y 12,2% hernias recurrentes (Tabla 2). El 85% de los pacientes estuvieron hospitalizados por menos de 48 horas, el promedio de días de hospitalización fue $1,9 \pm 2,1$ (0-16) días.

A la Pregunta 1, como se siente Ud. respecto a la cirugía de su hernia?, 94,1% pacientes respondieron muy bien o excelente ($p < 0,05$). En 5 pacientes (2%) persistía el dolor o disestesia del área inguinal sin cambios respecto al preoperatorio (Pregunta 2). En el período postoperatorio, 35 pacientes (14,8%) desarrollaron inguinodinia, 12 (5%) aún persisten con el síntoma, este síntoma se desarrolló en un período promedio de 21,3 (2-365) días después de la cirugía (Pregunta 3). En 37 pacientes (15,7%) se produjeron complicaciones en el postoperatorio inmediato, la mayor parte de ellas se resolvieron durante la hospitalización; las complicaciones más frecuentes fueron edema escrotal, re-

Pregunta 2

PERSISTE ALGUNO DE LOS SINTOMAS QUE UD. TENIA ANTES DE OPERARSE?

n: 236 (100%)		1997-1999	
		n	%
Si	Inguinodinia	5	2
No		231*	98
Cual	Inguinodinia	5	2

* X^2 $p < 0,05$.

Pregunta 3

DESARROLLO ALGUN SÍNTOMA O COMPLICACIÓN QUE UD. NO TENIA ANTES DE SU CIRUGÍA?

n: 236 (100%)		1997-1999	
Síntoma		n	%
Si		35	14.8
No		201*	85.2
Cual	Inguinodinia	35	14.8
Cuando	Días: Prom ±DS	21,3 ±38,9	(2-365)
Persiste	Sí	12	5

*X² p<0,05.

tención urinaria y hematoma del sitio quirúrgico. La recurrencia de la hernia se presentó en un caso (0,4%), el año 1999 aproximadamente 2 meses después de la cirugía inicial, el paciente fue reoperado 4 meses después encontrándose que la hernia se había deslizado por debajo de la malla cerca de la espina del pubis sobre el ligamento inguinal, la reparación de esta recurrencia fue mediante HL con prótesis de polipropileno. En un caso (0,4%) se presentó un hidrocele que fue resuelto quirúrgicamente por la Unidad de Urología de nuestra institución 6 meses después de la HL inicial (Pregunta 4). La capacidad física de los pacientes mejoró en 231 casos (98%), únicamente 5 pacientes (2%) indicaron que su capacidad física no había mejorado y se encontraba igual o peor que en el preoperatorio (Pregunta 5).

La mayoría de los pacientes declaró encontrarse satisfecho con su cirugía, 9 (3,8%) pacientes declararon no encontrarse satisfechos por razones tales como dolor en la región inguinal en 8 casos y

Pregunta 4

TUVO UD. ALGUNA COMPLICACIÓN DESPUÉS DE SU CIRUGÍA?

n: 236 (100%)		1997-1999	
Complicación		n	%
Si		37	15,7
No		199*	84,3
Cual	Edema escrotal	9	3,8
	Hematoma	9	3,8
	Retención urinaria	9	3,8
	Equimosis	6	2,5
	Neumonía	2	0,8
	Hidrocele	1	0,4
	Recurrencia	1	0,4
Cuando	Días: Prom ±DS	1,5 ±6,3	(0-90)

*X² p<0,05.

Pregunta 5

DESPUES DE LA CIRUGÍA SU CAPACIDAD FÍSICA Y / O DE TRABAJO HA MEJORADO?

n: 236 (100%)		1997-1999	
		n	%
Si		231*	98
No		5	2

*X² p<0,05.

la persistencia del problema inicial en 1 caso; entre los pacientes que declararon sentirse satisfechos las razones más frecuentes fueron la posibilidad de trabajar sin molestias en 47,6% y la ausencia de dolor inguinal en 36,4% (Pregunta 6). En 34 casos, los pacientes declararon que no se operarían nuevamente de la misma cirugía por razones tales como miedo a la complicación sufrida en el postoperatorio, edad avanzada, siente que no se resolvió su problema, presenta dolor crónico o una complicación permanente (Pregunta 7).

El puntaje obtenido por el instrumento, demostró que 83% de los pacientes siente que los resultados de su cirugía son excelentes (10 a 11 puntos), 9,7% siente que los resultados son muy buenos (8 a 9 puntos) y 9 (3,8%) pacientes sienten que los resultados son malos o muy malos (Tabla 3). Objetivamente, 85,2% de los pacientes tuvieron una hospitalización menor a 48 horas, 15,7% presentaron complicaciones postoperatorias y se produjo una recurrencia (0,4%) (Tabla 4). La relación entre la medida objetiva tomada de los días de hospitalización y el resultado del puntaje del ICCRHL tiene un valor π de 0,03, que demuestra una concordancia muy pobre entre ambos resultados. El valor π de la recurrencia de la hernia *versus*

Pregunta 6

ESTA UD. SATISFECHO CON SU CIRUGÍA?

n: 236 (100%)		1997 - 1999	
		n	%
Si		227*	96.2
No		9	3.8
Por que no	Persiste mi problema	1	0,4
	Tengo dolor	8	3,4
Por que si	Puedo moverme bien	11	4,6
	Puedo caminar bien	18	7,6
	No tengo dolor	86*	36,4
	Puedo trabajar	112*	47,6

*X² p<0,05.

Pregunta 7
SE OPERARÍA NUEVAMENTE DE LA MISMA CIRUGÍA?

	1997-1999	
	n	%
n:236 (100%)		
Si	202*	85,6
No	34	14,4
Por que no		
Miedo a complicación sufrida	11	4,6
Muy viejo para operarse	11	4,6
No resolvió su problema	4	1,7
Tiene dolor crónico	4	1,7
Tiene complicación permanente	3	1,3
Miedo al dolor postoperatorio	1	0,4
Por que si		
Resolver mi dolor	1	
Resolvió mi problema	201*	

*X² p<0,05.

el puntaje total del ICCRHL es 0,74, que demuestra una concordancia más cercana entre ambos resultados (Tabla 5).

DISCUSIÓN

Habitualmente los reportes sobre resultados quirúrgicos de la hernia inguinal, son informados en términos de recurrencia de la hernia, días de hospitalización, complicaciones tempranas o tardías, dolor postoperatorio^{1-5,7-13,18,28-32} y retorno al trabajo^{7,18,19,28,29}. Recientemente los reportes de resultados de la cirugía de la hernia inguinal, así como los de otros procedimientos quirúrgicos, se refieren a otros aspectos centrados en los pacientes y sus percepciones respecto a la cirugía y al efecto de la cirugía en su vidas^{16-19,24,27,33}. No existe un consen-

Tabla 3
PUNTAJE FINAL DEL ICCRHL

Resultado	Puntos	1997 - 1999	
		n	%
Excelente	11	150*	63,4
	10	46	19,3
Muy bueno	9	17	7,2
	8	6	2,5
Bueno	7	4	1,7
	6	4	1,7
Malo	5	4	1,7
	4	1	0,4
Muy malo	3	1	0,4
	2	1	0,4
	1	1	0,4
	0	1	0,4
Total		236	100

*t Student p<0,05.

so sobre cuales son los resultados que deben ser evaluados y no se han desarrollado los instrumentos específicos para la evaluación de la cirugía de la hernia inguinal desde el subjetivo punto de vista del paciente y la objetividad propia del cirujano^{17,33}. Existen algunos estudios que han evaluado sus resultados mediante la utilización de bien establecidos cuestionarios de calidad de vida genéricos y en algunos de ellos, se han añadido criterios específicos para la cirugía de la hernia inguinal^{16-19,33}. Sin embargo hasta el momento no se ha establecido un *gold standard* para la evaluación cualitativa y cuantitativa de la cirugía de la hernia inguinal.

Debido a las características geográficas y demográficas de nuestra población, se consideró factible el poder citar y examinar a la mayor parte de los pacientes operados de una HL durante los pri-

Tabla 4
RESULTADOS FINALES DE LA HERNIOPLASTIA DE LICHTENSTEIN

Variable	Resultado	n	%	p
Días de hospitalización	< 48 horas	201	85,2	<0,05
Recurrencia		1	0,4	<0,05
Como se siente respecto a su cirugía	Muy bien	30	12,7	NS
	Excelente	192	81,4	<0,05
Síntomas preoperatorios	No	231	98	<0,05
Síntomas postoperatorios	No	201	85,2	<0,05
Complicaciones en el postoperatorio	No	199	84,3	<0,05
Mejoría física	Si	231	98	<0,05
Satisfacción con la cirugía	Si	227	96,2	<0,05
Se operaría otra vez	Si	202	85,6	<0,05
Puntaje > 10	Excelente	196	82,7	<0,05

Tabla 5
DIAS DE HOSPITALIZACION Y RECURRENCIA DE LA HERNIA vs PREGUNTAS DEL ICCRHL
vs PUNTAJE FINAL

Pregunta	Días de hospitalización vs ICCRHL vs puntaje OR	Phi	Recurrencia de la hernia vs ICCRHL vs puntaje OR	Phi
1	0,36	-0,25	14,8	0,58
2	0,12	-0,49	5,08	0,38
3	0,12	-0,49	40,9	0,72
4	1,06	0,009	43,7	0,73
5	0,12	-0,49	5,08	0,38
6	0,22	-0,36	9,31	0,50
7	0,96	-0,01	39,5	0,72
Puntaje total	1,17	0,03	47,9	0,74

OR: Odds Rate.

meros 3 años de la experiencia con esta técnica en el HO. Se logró una elevada respuesta por parte de los pacientes a la citación, pudiendo completarse el seguimiento en un promedio de 72 meses o 6 años, en 90% de los pacientes operados en el período blanco del estudio. Todos los pacientes enrolados en el estudio, fueron personalmente entrevistados por el investigador principal, este hecho permitió obtener mucha información útil y llenar las lagunas de las fichas clínicas. Se ha demostrado que la utilización de estos instrumentos permite obtener abundante información y el nivel de respuesta que se obtiene se encuentra directamente relacionado al esfuerzo que se emplea en obtenerla¹⁷.

La pregunta 1 se encuentra dentro del dominio psicológico del ICCRHL, nos introduce a la entrevista y permite una primera evaluación de la satisfacción del paciente con su cirugía, 94,1% de los pacientes declararon sentirse muy bien o excelente. La Pregunta 2, pertenece al dominio social del ICCRHL, permite apreciar el hecho de que la sintomatología preoperatoria no se resuelve en todos los casos, 2% de los pacientes aún sentían dolor en el área inguinal. La Pregunta 3, se encuentra dentro del dominio físico del ICCRHL, evidencia las complicaciones tardías de la HL, la única complicación reportada en esta serie es la inguinodinia, la cual se desarrolló en el postoperatorio, se resolvió eventualmente y persiste en 5% de los pacientes. La inguinodinia es la complicación tardía más frecuente de la HL^{6,12,30-32,34-36} y su persistencia con dolor severo se ha reportado hasta en 30% de los casos^{12,32,34,35,37-39}. El tratamiento en los casos de dolor nociceptivo y neuropático es la neurectomía^{32,34,35,38,39}, o el abordaje anterior de la hernia y resección de la malla con o sin neurectomía^{30,32,34,35,38,39}. El dolor crónico es una identidad diferente y se asocia a una respuesta fisiológica

mal adaptada y desordenada a un estímulo; su tratamiento apropiado debe ser multidisciplinario incluyendo apoyo psicosocial, médico y farmacológico³¹.

Las complicaciones del postoperatorio temprano se evidencian en la pregunta 4, que se encuentra dentro del dominio físico del ICCRHL, la mayor parte de estas complicaciones fueron leves y se resolvieron rápidamente, 7 pacientes tuvieron que ser reintervenidos, 5 por presentar hematoma en el sitio quirúrgico, uno por recurrencia de la hernia y uno por que desarrolló un hidrocele. No se produjeron infecciones del sitio quirúrgico. Estos resultados son similares a los observados en múltiples estudios^{1-13,16-19,21,28-37}. La pregunta 5 pertenece a los dominios físico-funcional y social del ICCRHL, 98% de los pacientes coincidieron en asegurar que su capacidad física y de trabajo había mejorado después de la HL. Las preguntas 6 y 7, se encuentran dentro de los dominios psicológico, físico y social del ICCRHL y evidencian nuevamente la satisfacción del paciente con su cirugía desde un punto de vista práctico. El puntaje final obtenido, permite estratificar a los pacientes en 5 grupos de resultados finales (Anexo y Tabla 3), permitiendo una visión global objetiva de los resultados de la HL.

El análisis estadístico permite validar objetivamente el ICCRHL. Cuando se comparó los días de hospitalización con el ICCRHL el valor p se aleja expresivamente del 0, el 0 representa una concordancia entre las observaciones de 50%, por lo tanto la concordancia entre los días de hospitalización y el ICCRHL es de 1,5%, esto demuestra que los días de hospitalización no pueden ser utilizados como una medida del éxito de la HL (Tabla 5). Al analizar los resultados de π entre la recurrencia de la HL y el ICCRHL, podemos observar que el valor π se

acerca a "1", entre ambos resultados finales de la HL la concordancia es de 37%, esto demuestra que aunque la recurrencia de la HL es una medida objetiva útil en la evaluación de los resultados de la HL, es aún inferior a la más completa evaluación que representa el ICCRHL.

CONCLUSIONES

La información recopilada en este estudio puede ser vista desde la perspectiva de un mejoramiento continuo en la calidad de la atención prestada a los pacientes. La evaluación de los resultados de la HL no debe reflejar únicamente la capacidad técnica de los cirujanos sino también los aspectos más íntimos de la experiencia del paciente¹⁷. El presente estudio representa un aporte en ese sentido. Mediante la utilización del ICCRHL la evaluación de los resultados de la HL puede ser comparada entre diversos grupos de cirujanos dedicados a la resolución de la patología herniaria.

REFERENCIAS

- Lichtenstein IL, Shulman AG, Amid PK, Montflor MM. The tension-free hernioplasty. *Am J Surg* 1989; 157: 188-93.
- Shulman AG, Amid PK, Lichtenstein IL. The safety of mesh repair for primary inguinal hernias: Results of 3019 from five diverse surgical sources. *Am Surg* 1992; 58: 256-61.
- Amid PK, Shulman AG, Lichtenstein IL. The Lichtenstein open "tension-free" mesh repair of inguinal hernias. *Surg Today* 1995; 25: 619-25.
- Friis E, Lindahl F. The tension-free hernioplasty in a randomized trial. *Am J Surg* 1996; 172: 315-19.
- Wantz GE. Experience with the tension-free hernioplasty for primary inguinal hernias in men. *J Am Coll Surg* 1996; 183: 351-56.
- McGillicuddy JE. Prospective randomized comparison of the Shouldice and Lichtenstein hernia repair procedures. *Arch Surg* 1998; 133: 974-78.
- Kurzer M, Belsham PA, Kark AE. The Lichtenstein repair. *Surg Clin North Am* 1998; 76: 1025-46.
- Celdran A, Frieyro O, Souto JL, Villar S. Study of recurrences after anterior open tension-free hernioplasty. *Hernia* 2000; 4:85-87.
- Hernandez-Granados P, Ontañón M, Lasala M, García C, Arguello M, Medina I. Tension-free hernioplasty in primary inguinal hernias. A series of 2054 cases. *Hernia* 2000; 4: 141-43.
- Nordin P, Bartelmess P, Jansson C, Svensson C, Edlund G. Randomized trial of Lichtenstein versus Shouldice hernia repair in general surgical practice. *Br J Surg* 2002; 89: 45-49.
- Amid PK. Lichtenstein tension-free hernioplasty: Its inception, evolution and principles. *Hernia* 2004; 8: 1-7.
- Bringman S, Ramel S, Heikkinen TJ, Englund T, Westman B, Anderberg B. Tension-free inguinal hernia repair: TEP versus mesh-plug versus Lichtenstein: A prospective randomized controlled trial. *Ann Surg* 2003; 237: 142-47.
- Benitez S, Hermansen C, Rodriguez E, Andrades P, Valenzuela D, Salamanca J, et.al. Resultados en 196 hernioplastias con técnica de Lichtenstein. *Rev Chil Cir* 2003; 55: 496-99.
- Constitution of the World Health Organization. In: World Health Organization. Handbook of basic documents. 5th ed. Geneva: Palais des Nations, 1952; 3-20.
- Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med* 1996; 334: 835-40.
- Lawrence K, Jenkinson C, McWhinnie D, Coulter A. Quality of life in patients undergoing inguinal hernia repair. *Ann R Coll Surg Engl* 1997; 79: 40-5.
- Burney RE, Jones KR, Coon JW, Blewitt DK, Herm A, Peterson M. Core outcomes measures for inguinal hernia repair. *J Am Coll Surg* 1997; 185: 509-15.
- Kingsnorth AN, Porter CS, Bennett DH, Walker AJ, Hyland ME, Sodergren S. Lichtenstein patch or Prefix plug-and-patch in inguinal hernia: A prospective double-blind randomized controlled trial of short-term outcome. *Surgery* 2000; 127: 276-83.
- Jones KR, Burney RE, Peterson M, Christy B. Return to work after inguinal hernia repair. *Surgery* 2001; 129: 128-35.
- Testa MA, Simonson DC. Measuring quality of life in hypertensive patients with diabetes. *Postgrad Med J* 1988; 64: 50-58.
- Brook RH, Ware JE, Davies-Avery A, Stewart AL, Donald CA, Rogers WH: Conceptualization and measurement of health for adults in the health insurance study. Vol VIII, Overview. Santa Monica, Calif.: Rand Corporation 1979. (Publication no. R-1987/3-HEW)
- Jette AM, Davies AR, Cleary PD. The functional status questionnaire: Reliability and validity when used in primary care. *J Gen Intern Med* 1986; 1:143-49.
- Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30: 473-83.
- Koc M, Aslar AK, Yoldas O, Ertan T, Kilie M, Gocmen E. Comparison of quality-of-life outcomes of Stoppa vs bilateral Lichtenstein procedure. *Hernia* 2004; 8: 53-5.
- Gilbert AI. An anatomic and functional classification for the diagnosis and treatment of inguinal hernia. *Am J Surg* 1989; 157: 331-34.
- Rutkow IM, Robbins AW. "Tension-free" inguinal herniorrhaphy: A preliminary report on the "Mesh-Plug" technique. *Surgery* 1993; 114: 3-7.
- Velanovich V. Using Quality-of-life instruments to assess surgical outcomes. *Surgery* 1999; 126: 1-4.
- Salcedo-Wasicek MC, Thirlby RC. Postoperative course after inguinal herniorrhaphy: A case-controlled comparison of patients receiving Wokers' Compensation versus patients with commercial insurance. *Arch Surg* 1995; 130: 29-32.

29. Barth RJ, Burchard KW, Tosteson A, Sutton JE, Colacchio TA, Henriques HF, *et al.* Short-term outcome after mesh or Shouldice herniorrhaphy: A randomized, prospective study. *Surgery* 1998; 123: 121-26.
30. Heise CP, Starling JR. Mesh inguinodynia: A new clinical syndrome after inguinal herniorrhaphy? *J Am Coll Surg* 1998; 187: 514-18 .
31. Riley KD, Lilly MC, Arregui ME. Management of complications following inguinal hernia repair. *Prob Gen Surg* 2002; 19: 97-08.
32. Ducic I, Dellon L. Testicular pain after inguinal hernia repair: An approach to resection of the genital branch of Genitofemoral nerve. *J Am Coll Surg* 2004; 198: 181-84.
33. Bowley DMG, Butler M, Shaw S, Kingsnorth AN. Dispositional pessimism predicts delayed return to normal activities after inguinal hernia operation. *Surgery* 2003; 133: 141-46.
34. Lee CH, Dellon L. Surgical management of groin pain of neural origin. *J Am Coll Surg* 2000; 191: 137-42.
35. Amid PK. A 1-stage surgical treatment for postherniorrhaphy neuropathic pain: Triple neurectomy and proximal end implantation without mobilization of the cord. *Arch Surg* 2002; 137: 100-04.
36. Voigt WJ, Gilbert AI. Tension-free inguinal hernia repair. *Prob Gen Surg* 2002; 19: 27-35
37. Fujita F, Lahmann B, Otsuka K, Lyass S, Hiatt JR, Phillips EH. Quantification of pain and satisfaction following laparoscopic and open hernia repair. *Arch Surg* 2004; 139: 596-602.
38. Picchio M, Palimento D, Attanasio U, Matarazzo PF, Bambini C, Caliendo A. Randomized controlled trial of preservation or elective division of ilioinguinal nerve on open inguinal hernia repair with polypropylene mesh. *Arch Surg* 2004; 139: 755-58.
39. Tsakayannis DE, Kiriakopoulos AC, Linos DA. Elective neurectomy during open, "tension-free" inguinal hernia repair. *Hernia* 2004; 8: 67-69