



Original

Dolor crónico inguinal tras reparación herniaria. Análisis de nuestra serie a través de un cuestionario postal[☆]

Carlos Chaveli*, Lucas Blázquez, Pedro Marzo, Gregorio González, Mario de Miguel, Teresa Abadía y Ane Vesga

Unidad de Cirugía de Pared Abdominal y Cirugía Mayor Ambulatoria, Área de Cirugía, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España

INFORMACIÓN DE ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 27 de noviembre de 2012

Aceptado el 5 de diciembre de 2012

Palabras clave:

Hernia inguinal

Dolor

Cuestionarios

Calidad de vida

RESUMEN

Introducción: Las complicaciones a largo plazo más importantes de la cirugía de la hernia inguinal son el dolor crónico y la recidiva.

Objetivo: Conocer la calidad de vida percibida por el paciente y analizar tanto la tasa de dolor crónico como la recidiva mediante un sistema combinado de cuestionario postal y llamadas telefónicas.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo. Se incluyeron 500 pacientes intervenidos de hernia inguinal unilateral primaria por vía anterior en régimen de CMA durante el año 2010. Se envió un cuestionario postal para valorar el dolor inguinal, la calidad de vida, la recidiva y la satisfacción a los 6 meses de la cirugía. A los no respondedores se les envió un segundo cuestionario y se les llamó telefónicamente.

Resultados: Un 84.4% de respuestas completas. Se enviaron 713 cuestionarios y se realizaron 201 llamadas telefónicas. La media de dolor medido sobre la EVA fue de 5.4 antes de la cirugía y de 1.1 a los 6 meses de esta. La tasa de dolor crónico percibido fue del 12.7% y la tasa real de neuralgia crónica fue del 1.9%. El 59% no presentaba nunca dolor inguinal posoperatorio. La gran mayoría de los pacientes no manifestaban repercusión en sus actividades diarias ni en su actividad social. Se identificaron dos recidivas (0.4%).

Conclusión: Nuestros pacientes tienen escaso dolor y una buena calidad de vida sin objetivarse mayor tasa de recidivas. El método de cuestionario postal reforzado con llamadas telefónicas es útil para obtener una alta tasa de respuestas.

© 2012 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Publicado por Elsevier España, S.L.

Todos los derechos reservados.

[☆] El presente manuscrito fue presentado previamente como comunicación oral en la XXVIII Reunión Nacional de Cirugía celebrada en Pamplona los días 8, 9 y 10 de noviembre de 2011 (Registro CO-017).

*Autor para correspondencia: Complejo Hospitalario de Navarra, Edificio B, C/ Irunlarrea, 4 (Secretaría 4.ª Planta General), 31008 Pamplona, Navarra, España.

Correo electrónico: c.chaveli@gmail.com (C. Chaveli).

Chronic inguinal pain after surgery repair. Analysis of our patients using a postal questionnaire

ABSTRACT

Keywords:

Inguinal hernia
Pain
Questionnaires
Quality of life

Introduction: Inguinal hernia repair is usually effective and safe but is not a complication free procedure. The most important long term complications are chronic inguinal pain and recurrence.

Objective: To know the quality of life and analyze the chronic pain and recurrence rates in our patients applying a combined method of postal questionnaire, repeat mailing and telephone reminders.

Material and methods: We designed an observational and descriptive study including 500 patients diagnosed with unilateral primary inguinal hernia during the year 2010. These patients underwent tension-free hernioplasty by anterior approach with an ambulatory management. A postal questionnaire was sent including questions regarding inguinal pain, quality of life, recurrence and satisfaction 6 months after surgery. Nonresponders received one more questionnaire and 3 telephone calls.

Results: We obtained 84.4% of satisfactory answers. Seven hundred and thirteen questionnaires were sent and 201 telephone calls were made. The mean pain value over VAS scale was 5.4 before surgery and 1.1 six months later. Chronic pain self-perception rate was 12.7% but the real chronic pain rate was 1.9%. Fifty-nine percent of responders never had inguinal pain. Most of responders have no difficulty doing their normal daily activities and social relationships. Two recurrences were identified (0.4%).

Conclusion: Our patients have a low pain rate and excellent quality of life without an incremented recurrence rate. The combined method of postal questionnaire, repeat mailing and telephone reminders is an effective method to get a high responders rate.

© 2012 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Published by Elsevier España, S.L.
All rights reserved.

Introducción

La reparación quirúrgica de la hernia inguinal no está exenta de riesgos. Principalmente las complicaciones más importantes a largo plazo son la recidiva y el dolor crónico en la zona intervenida.

Durante muchos años, el índice de recurrencia ha sido el parámetro de calidad más importante a la hora de evaluar los resultados de la reparación quirúrgica de la hernia inguinal. Actualmente el porcentaje de recidiva descrito en la literatura está por debajo del 2%¹⁻³. Hoy en día existen otros indicadores como el confort posoperatorio y la calidad de vida percibida por el paciente que están tomando gran relevancia y de los que cada vez hay más publicaciones científicas.

Según las series, la frecuencia de dolor inguinal posoperatorio varía entre el 0 y el 37%⁴⁻⁶. El dolor y la calidad de vida percibida son conceptos subjetivos y están influidos por numerosos factores. Existen diferentes estudios que demuestran el impacto negativo que tiene el dolor crónico posoperatorio en las actividades diarias, el trabajo, las relaciones sociales y sexuales.

Los grupos de trabajo más avanzados cuentan con registros de la tasa de complicaciones en el posoperatorio inmediato, el dolor posoperatorio a corto y largo plazo, la calidad de vida percibida y el grado de satisfacción de los pacientes, además de la tasa de recurrencia.

Una de las dificultades existentes en el estudio de la calidad de vida percibida es la ausencia de herramientas idó-

neas para su medición objetiva. La recogida de datos puede realizarse mediante entrevista y exploración física periódica, el envío postal de cuestionarios, entrevistas telefónicas o la combinación de algunas de ellas. El envío postal de cuestionarios se ha demostrado como una forma barata y fiable de recopilar los datos, pero tiene una alta tasa de no respondedores, hecho que puede contrarrestarse mediante recordatorios telefónicos. A diferencia de otros países, en lengua castellana no existe un cuestionario validado para evaluar la calidad de la cirugía de la hernia.

Objetivos

El objetivo del presente trabajo es conocer la calidad de vida percibida y analizar tanto la tasa de dolor crónico como la recidiva de los pacientes intervenidos por nuestra Unidad de Pared Abdominal en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), mediante un sistema combinado de cuestionario postal y llamadas telefónicas.

Material y métodos

Se diseñó un estudio observacional descriptivo en el que se incluyeron a todos los pacientes mayores de edad intervenidos en régimen de CMA por hernia inguinal unilateral primaria en nuestra Unidad de Cirugía de Pared Abdominal durante el año 2010.

NBC: _____

CUESTIONARIO DOLOR INGUINAL

Marque con una X el recuadro que considere para responder a cada una de las preguntas

Las 3 primeras preguntas deberá responderlas según la escala que acompaña a este cuestionario

1. Describa la severidad del dolor ANTES DE LA OPERACIÓN en la ingle donde tenía la hernia

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Describa la severidad del dolor AHORA en la ingle operada

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Describa la severidad del dolor durante LA SEMANA PASADA en la ingle operada

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EN LA ACTUALIDAD

	Si	No	No sé
7. ¿Tiene usted dificultad para subirse a una silla baja a causa del dolor inguinal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Tiene usted dificultad para estar sentado más de media hora a causa del dolor inguinal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Tiene usted dificultad para estar de pie más de media hora a causa del dolor inguinal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Tiene usted dificultad para subir o bajar escaleras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Tiene usted dificultad para conducir un coche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Tiene usted dificultad para practicar deporte a causa del dolor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Ha tomado calmantes para el dolor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Si usted trabaja ¿cómo ha modificado su trabajo el dolor?

☐ No he dejado de trabajar

☐ No he ido a trabajar de 1-7 días en los últimos 2 meses

☐ No he ido a trabajar de 1-4 semanas en los últimos 2 meses.

☐ No he ido a trabajar en los últimos 2 meses

☐ Tengo la incapacidad laboral a causa de la operación

☐ No trabajo

15. Tras la operación ¿Con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (visitas, reuniones familiares...)?

☐ Siempre

☐ Casi siempre

☐ Algunas veces

☐ Solo alguna vez

☐ Nunca

4. Intente recordar cuándo desapareció el dolor después de la operación

En 1 mes tras la operación	2-3 meses	4-6 meses	7-12 meses	13-24 meses	Desapareció recientemente	Aún no ha desaparecido
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ¿Con qué frecuencia le dolió la ingle operada la semana pasada?

Una vez	2-5 veces	Todos los días	Todos los días incluso a la noche	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. ¿Cuánto duraron los episodios de dolor de la semana pasada?

Entre 1 minuto y una hora	1-5 horas	Todo el día	Todo el día y noche	Toda la semana, día y noche	Nada
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Si	No	No sé
16. ¿Ha tenido problemas en las relaciones sexuales tras la operación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Ha notado aparición de nuevos bultos en la zona operada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Volvería a operarse de hernia de la misma forma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Figura 1 – Modelo de cuestionario postal enviado a los pacientes.

A todos los pacientes se les realizó una reparación herniaria sin tensión por vía anterior según las preferencias del cirujano responsable.

Todos los pacientes fueron intervenidos bajo sedación con 2 mg de midazolam vía intravenosa y anestesia local con mepivacaína al 2% con repeticiones a demanda.

Tras la intervención, los pacientes permanecían en nuestra unidad de CMA entre 4 y 6 horas, y posteriormente eran dados de alta con un régimen analgésico por vía oral consistente en ibuprofeno 600 mg combinado con metamizol 575 mg durante 3 días.

Los pacientes intervenidos recibieron una llamada telefónica al día siguiente de la intervención y fueron revisados en consulta externa a los 30 días de esta.

Se confeccionó un cuestionario en español (fig. 1) compuesto por 18 preguntas cortas con respuesta cerrada, que se envió por correo a la dirección postal obtenida de la base de datos de filiación de los pacientes. El cuestionario contiene preguntas acerca de la intensidad del dolor antes y después de la cirugía, el momento de la desaparición, la frecuencia y duración de los episodios de dolor, la calidad de vida relacionada con este y también por preguntas en relación con la repercusión de la cirugía a nivel laboral y emocional y en cuanto a las relaciones sexuales, así como una pregunta acerca de la percepción de recidiva del paciente y otra sobre el grado de satisfacción con la cirugía realizada.

Junto al cuestionario se envió una hoja informativa en la que se explicaba el objetivo del envío, se invitaba a los pacientes a participar de forma libre, anónima y no remunerada y se explicaban las instrucciones para la correcta cumplimentación del cuestionario. También se incluía una pequeña escala visual analógica (EVA) para la evaluación de la intensidad del

dolor y un sobre con franqueo pagado para remitir el cuestionario de forma gratuita.

El método del estudio se representa en la figura 2. Se envió un primer cuestionario a los 6 meses de la cirugía. A los pacientes que no respondieron a este envío se les remitió un segundo cuestionario. Si tras los 2 envíos seguía sin obtenerse respuesta, se realizó un máximo de 3 llamadas telefónicas en 3 días consecutivos y en 3 horarios diferentes. A los pacientes que tampoco respondieron en este momento se les dio como perdidos en el seguimiento.

Se analizaron los cuestionarios de los pacientes que respondieron, y aquellos con respuesta afirmativa a la pregunta sobre la percepción de recidiva, con dolor inguinal en el momento de la recepción del cuestionario o con gran afectación de la calidad de vida percibida fueron entrevistados selectivamente en consulta. Entraban en nuestro protocolo de tratamiento aquellos pacientes en los que confirmábamos la neuralgia relacionada con la reparación herniaria.

Se definió neuralgia crónica como la presencia de dolor de características somáticas o neuropáticas en la región intervenida una vez transcurridos al menos 3 meses de la cirugía⁷⁻⁹.

El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS v.17 (Chicago, Illinois, EE. UU.). Las variables continuas se han expresado por su media y su desviación estándar (sd) y las variables cualitativas como número de casos y porcentaje.

Resultados

Entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2010 se incluyeron un total de 500 pacientes con hernia inguinal unilateral

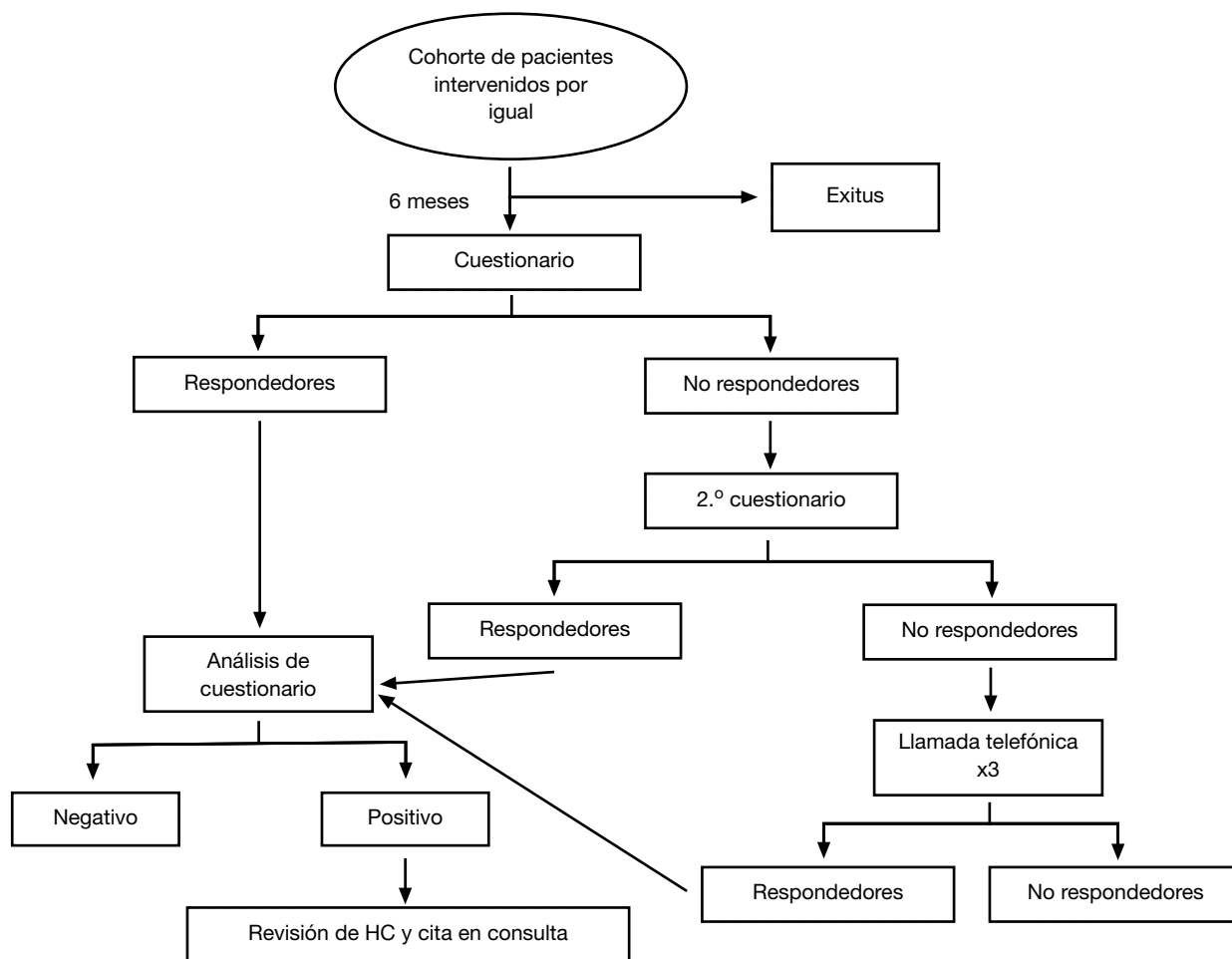


Figura 2 – Método de estudio (esquema).

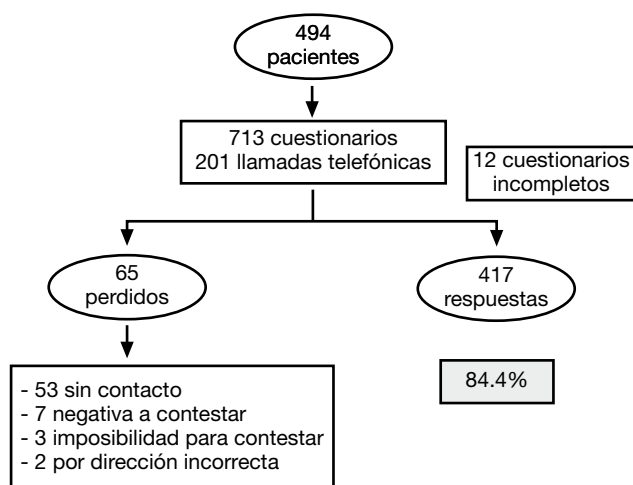


Figura 3 – Resultados de la respuesta al cuestionario (esquema).

primaria intervenidos en nuestra Unidad de Cirugía de Pared Abdominal en régimen de CMA. Se excluyeron 6 pacientes por exitus no relacionados con la cirugía durante el seguimiento.

La técnica de reparación herniaria más utilizada fue la de tapón-malla (en 316 pacientes: un 75.8%). Dicha técnica consiste en la colocación de un tapón de malla de polipropileno en orificio inguinal profundo fijado con suturas, y en la colocación de una malla plana del mismo material sobre la pared posterior con distintos sistemas de fijación.

Se enviaron un total de 713 cuestionarios postales y se realizaron 201 llamadas telefónicas. En la figura 3 se representan los resultados de respuesta al cuestionario. Se obtuvieron 429 respuestas (un 86.8%). Se excluyeron del análisis 12 pacientes (un 2.8%) por no responder a 6 o más preguntas. El total de cuestionarios completos fue de 417 (el 84.4%). Un total de 65 pacientes (el 13.1%) se dieron por perdidos durante el seguimiento: 53 (el 81.5%) por no establecerse contacto a pesar del envío de 2 cuestionarios y 3 llamadas telefónicas, 7 (el 10.8%) por negativa a contestar, 3 (el 4.6%) por imposibilidad mental para responder y 2 (el 3%) por dirección postal o número telefónico erróneo.

Al primer envío contestaron 275 pacientes de un total de 494 (el 55.7%) y al segundo envío, 78 de 219 (el 35.6%). Con el recordatorio telefónico se obtuvieron 76 respuestas de 141 pacientes (el 53.9%), con una media de 1.4 llamadas por paciente.

El análisis estadístico se realizó sobre 417 pacientes (371 varones –el 89%– y 46 mujeres). La edad media de los pacientes analizados fue de 57.5 ± 14 años.

La media de dolor medido sobre la EVA fue de 5.4 ± 2.9 antes de la cirugía y de 1.1 ± 1.7 en el momento de la recepción del cuestionario.

Un total de 333 pacientes (el 79.8%) manifestaban que el dolor inguinal posoperatorio había desaparecido antes de que transcurrieran 6 meses de la cirugía, mientras que 53 (el 12.7%) refería que aún tenía dolor en el momento de rellenar el cuestionario, con una media de 3.8 ± 2 en la EVA. De estos últimos solo 19 (un 35.8%) afirmaban tomar analgésicos. Los 53 pacientes fueron contactados por vía telefónica y se les ofreció una consulta presencial, a la que acudieron únicamente 15. De ellos, fueron catalogados como neuralgia crónica 8 (un 1.9% del total).

Respecto a los episodios de dolor, 246 pacientes (el 59%) no presentaba nunca dolor inguinal.

Más del 94% de los pacientes referían no tener dificultades para estar de pie un tiempo prolongado, estar sentado, subir y bajar escaleras o subirse a una silla. En concreto, 374 encuestados (el 89.7%) no presentaban dificultades para la conducción y 331 (el 79.4%) para realizar algún tipo de actividad deportiva.

Entre los pacientes con actividad laboral, 221 (un 88.7%) referían que a raíz de la cirugía no presentaban dificultades para realizar su trabajo habitual.

En relación con las actividades sociales, 340 de los pacientes (un 81.5%) tenían una actividad social similar a la previa.

Treinta y siete pacientes (un 8.9%) afirmaban presentar alteraciones en sus relaciones sexuales a raíz de la cirugía, mientras que 71 (un 17%) no contestaron a esta pregunta.

Notificaron sensación de bulto en la región operada 18 pacientes (el 4.3%). Todos ellos fueron revisados en consulta, se les exploró la zona inguinal y se solicitó una prueba de imagen (ecografía), con la que se evidenciaron únicamente 2 recidivas (un 0.4% del total).

Trescientos cincuenta y un encuestados (un 84.2%) manifestaban su satisfacción con el tipo de cirugía y con los cuidados que se les había realizado.

En total se revisaron en consulta 71 pacientes (el 17% de los encuestados).

Discusión

En 2009, y según datos del Ministerio de Sanidad, la cirugía de la hernia ocupa el primer lugar dentro de los procedimientos realizados (Grupos Relacionados de Diagnóstico –GRD– núm. 162, procedimientos sobre hernia inguinal/femoral, edad mayor de 17 años sin complicaciones) con un total de 30761 altas¹⁰.

Habitualmente el posoperatorio transcurre sin incidencias, el dolor posoperatorio desaparece en pocas semanas y los pacientes recuperan su actividad diaria habitual precozmente.

Hoy en día, en la cirugía y en el resto de los ámbitos de la medicina, están tomando gran relevancia otros indicadores relacionados con el confort posoperatorio y la calidad

de vida percibida por los pacientes. De esta forma, en el control moderno de la calidad de la cirugía de la hernia no solo se analiza la tasa de recurrencia, sino también otros factores como la tasa de complicaciones en el posoperatorio inmediato (hematoma, seroma, orquitis, infección de herida, etc.), el dolor posoperatorio a corto y largo plazo, la calidad de vida percibida y el grado de satisfacción de los pacientes¹¹⁻¹³.

La mayoría de los cirujanos con dedicación exclusiva a la cirugía de la hernia reconocen la importancia del dolor crónico después de la hernioplastia en el análisis de la calidad de sus resultados¹¹, ya que es un factor capaz de modificar la calidad de vida del paciente. Según las series, la frecuencia de dolor inguinal posoperatorio varía entre el 0% y el 37%⁴⁻⁶. La calidad de vida es un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, etc e incluso también por las expectativas creadas por el paciente ante los resultados del procedimiento que se le ha realizado.

El estudio del dolor posoperatorio y de la repercusión de la cirugía en la calidad de vida no es fácil, ya que requiere de una adecuada recogida de los datos y de herramientas eficaces para la su cuantificación correcta.

La obtención de los datos para el análisis de los resultados puede hacerse mediante diversos procedimientos, como entrevista y exploración física periódica, envío postal de cuestionarios, entrevistas telefónicas o la combinación de algunas de ellas¹⁴. La entrevista y la exploración física periódica son los métodos preferidos, ya que permite al explorador realizar una validación absoluta de los resultados¹⁵, pero también resultan métodos dificultosos y complicados debido a su alto coste, tanto económico como de tiempo de consulta empleado por el cirujano. Diversos estudios realizados en los países escandinavos han demostrado que el envío postal de cuestionarios (especialmente cuando se trata de grandes grupos de población diana) es una forma barata de recopilar datos de los resultados quirúrgicos, y se ha establecido como una solución bastante fiable para el reconocimiento de complicaciones posoperatorias, pues su valor predictivo negativo es superior al 95%^{16,17}. Por el contrario, su mayor desventaja es la alta tasa de pacientes que no responden o de pérdidas en el seguimiento, lo cual podría reducir el tamaño muestral e introducir sesgos¹⁸. Nosotros hemos encontrado un 13% de no respuestas, dato similar al publicado por Sandblom et al.¹⁷ y bastante inferior al objetivado por López Cano et al.¹⁹ Por ello es necesario identificar e implementar métodos efectivos para disminuir el índice de no respuesta, como la confección de cuestionarios cortos, estrategias de reenvío, cartas de información adjuntas al cuestionario o recordatorios telefónicos. Según Nakash et al. la estrategia de reenvío de cuestionarios, combinada con llamada telefónica, pueden aumentar las tasas de respuesta²⁰. En nuestro estudio la utilización de recordatorios postales y llamadas ha permitido aumentar la tasa de respuesta un 28.7%. Nuestro grupo diseñó un cuestionario y un plan de seguimiento basándose en estas premisas, con lo que se obtuvo un número elevado de respuestas (un 84.4%) comparable al publicado en los estudios escandinavos¹³.

En nuestro caso, el contacto vía postal ha permitido seleccionar las visitas posoperatorias y hemos realizado 71 visitas posoperatorias, aumentando el valor añadido de dichas consultas.

Actualmente no existe un acuerdo unánime acerca de cuál es la herramienta idónea para la medición objetiva de la intensidad del dolor²¹, aunque la más empleada es la escala visual analógica²² (EVA). Tampoco existen cuestionarios específicos validados en español para la valoración de la calidad de vida posoperatoria, de forma que en los países hispanohablantes se emplean cuestionarios genéricos como el SF-36²³ o cuestionarios no validados diseñados expresamente para ese fin por el grupo investigador. Por el contrario, en lengua inglesa sí que existen cuestionarios específicos validados para la hernia inguinal, como el *Inguinal Pain Questionnaire* (IPQ), diseñado por Franneby et al.¹³ En nuestro caso tuvimos que idear un cuestionario que combinaba preguntas relacionadas con el dolor crónico con otras relacionadas con otros aspectos de la calidad de vida.

Existen diferentes estudios que demuestran el impacto negativo que tiene el dolor crónico posoperatorio en las actividades diarias, el trabajo, las relaciones sociales y en la calidad de vida percibida por los pacientes intervenidos por hernia inguinal^{12,24-26}. Nuestros resultados demuestran que el porcentaje de pacientes que presentan dificultades en estos ámbitos es bajo, siendo destacable que solo el 6% de estos manifiesta problemas a la hora de realizar actividades simples de la vida diaria o que el 12% de los pacientes intervenidos por hernia inguinal manifestaban limitaciones durante su actividad laboral. La percepción de dolor crónico en nuestro estudio ha sido del 12.7% (53 pacientes de 417) y la neuralgia verdadera fue del 1.9% (8 pacientes de 417).

Otro de los aspectos importantes que ha comenzado a estudiarse recientemente es la disfunción sexual secundaria al dolor posoperatorio, que según algunos estudios puede ser del 3% en los pacientes intervenidos por hernia inguinal²⁷. Nosotros hemos objetivado un porcentaje más alto (9%), si bien es verdad que se trata de una pregunta con elevado número de ausencia de respuestas y que desconocemos la tasa de disfunción sexual antes de la cirugía.

En conclusión, los pacientes intervenidos en nuestra Unidad tienen escaso dolor y una buena calidad de vida después de la hernioplastia, sin objetivarse mayor tasa de recidivas. El método de cuestionario postal, reforzado con llamadas telefónicas, ha servido en nuestra serie para obtener una alta tasa de respuestas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Butters M, Redecke J, Köninger J. Long-term results of a randomized clinical trial of Shouldice, Lichtenstein and transabdominal preperitoneal hernia repairs. *Br J Surg*. 2007;94:562-5.

2. Kald A, Nilsson E, Anderberg B, Bragmark M, Engstrom P, Gunnarsson U, et al. Reoperation as surrogate endpoint in hernia surgery. A three year follow-up of 1565 herniorrhaphies. *Eur J Surg*. 1998;164:45-50.
3. EU Hernialist Collaboration. Laparoscopic compared with open methods of groin hernia repair: systematic review of randomized controlled trials. *Br J Surg*. 2000;87:860-7.
4. Condon RE. Groin pain after hernia repair. *Ann Surg*. 2001;233:8.
5. Bay-Nielsen M, Nilsson E, Nordin P, Kehlet H; Swedish Hernia Data Base, Danish Hernia Database. Chronic pain after open mesh and sutured repair of indirect inguinal hernia in young males. *Br J Surg*. 2004;91:1372-6.
6. 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.
7. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Prepared by the International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy. *Pain Suppl*. 1986;3:S1-226.
8. 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 repair: a review of the literature. *Hernia*. 2008;12:561-9.
9. Kehlet H, Bay-Nielsen N, Kingsnorth A. Chronic postherniorrhaphy pain. A call for uniform assessment. *Hernia*. 2002;6:178-81.
10. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Norma estatal de los AP GRD v23. Año 2009.
11. Nilsson E. Quality control and scientific rigor. En: Bendavid R, Abrahamson J, Arregui ME, Flament JB, Phillips EH. *Abdominal wall hernias: principles and management*. Nueva York: Ed. Springer; 2001. p.122-6.
12. Bay-Nielsen N, Perkins FM, Kehlet H. Pain and functional impairment 1 year after inguinal herniorrhaphy: a nationwide questionnaire study. *Ann Surg*. 2001;233:1-7.
13. Franneby U, Gunnarsson U, Anderson M, Heuman R, Nordin P, Nyrén O, et al. Validation of an Inguinal Pain Questionnaire for assessment of chronic pain after groin hernia repair. *Br J Surg*. 2008;95:488-93.
14. Groves R. Response effects of the mode of data collection. 1988. En: Groves R. *Survey errors and survey costs*. Nueva York: Ed. John Wiley & Sons; 1988.
15. Hawthorne G. The effect of different methods of collecting data: Mail, telephone and filter data collection issues in utility measurement. *Qual Life Res*. 2003;12:1081-8.
16. Kald A, Nilsson E. Quality assessment in hernia surgery. *Qual Assur Health Care*. 1991;3:205-10.
17. Sandblom G, Gruber G, Kald A, Nilsson E. Audit and recurrence rates after hernia surgery. *Eur J Surg*. 2000;166:154-8.
18. Schulz KF, Grimes DA. Simple size slippages in randomised trials: exclusions and the lost and wayward. *Lancet*. 2002;359:781-5.
19. López Cano M, Vilallonga R, Sánchez JL, Hermosilla E, Armengol M. Short postal questionnaire and selective clinical examination combined with repeat mailing and telephone reminders as a method of follow-up in hernia surgery. *Hernia*. 2007;11:397-402.
20. Nakash RA, Hutton JL, Jorstad-Stein EC, Gates S, Lamb SE. Maximising response to postal questionnaires. A systematic review of randomized trials in health research. *BMC Med Res Methodol*. 2006;6:5.
21. 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.

-
22. Scott PJ, Huskisson EC. Measurement of functional capacity with visual analogue scales. *Rheumatol Rehabil.* 1977;16: 257-9.
 23. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin.* 1995;104:771-6.
 24. Courtney CA, Duffy K, Serpell MG, O'Dwyer PJ. Severe chronic pain following repair of groin hernia. *Br J Surg.* 2002;89:1310-4.
 25. Aasvang EK, Bay-Nielsen M, Kehlet H. Pain and functional impairment 6 years after inguinal herniorrhaphy. *Hernia.* 2006;10:316-21.
 26. Mikkelsen T, Werner MU, Lassen B, Kehlet H. Pain and sensory dysfunction 6 to 12 months after inguinal herniotomy. *Anesth Analg.* 2004;99:146-51.
 27. Aasvang EK, Mohl B, Bay-Nielsen M, Kehlet H. Pain related sexual dysfunction after inguinal herniorrhaphy. *Pain.* 2006;122:258-63.