



Originales

Estudio multicéntrico de los resultados de satisfacción a largo plazo de 142 pacientes intervenidos de inestabilidad anterior de hombro

C. V. Asenjo Gismero¹, M. A. Ruiz Ibán², S. Moros Marco³,
R. Ruiz Díaz², T. del Olmo Hernández³, G. del Monte Bello¹,
M. García Navlet¹, J. L. Ávila Lafuente³, J. Díaz Heredia²

¹ Hospital Monográfico Asepeyo. Coslada, Madrid

² Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

³ Hospital MAZ. Zaragoza

Correspondencia:

Dra. Cristina Victoria Asenjo Gismero

Correo electrónico: cvasenjogismero@gmail.com

Recibido el 6 de agosto de 2017
Aceptado el 10 de diciembre de 2017
Disponible en Internet: diciembre de 2017

RESUMEN

Objetivo: identificar qué factores influyen en la satisfacción a largo plazo de los pacientes después de someterse a una cirugía de inestabilidad anteroinferior de hombro intervenida por vía artroscópica.

Métodos: estudio retrospectivo multicéntrico que incluyó pacientes intervenidos por inestabilidad anteroinferior de hombro mediante una reconstrucción de Bankart artroscópica. Los criterios de exclusión fueron lesión asociada del manguito, cirugía tras el primer episodio de luxación, cirugía previa o inestabilidad multidireccional.

Se recogieron los datos epidemiológicos y se realizó un cuestionario de satisfacción telefónico que incluía: evaluación de la satisfacción (mediante una escala verbal semicuantitativa de 0 a 10), el grado de dolor (con una escala verbal numérica de 0 a 10), su nivel de actividad y la presencia de molestias en el hombro, inestabilidad, recurrencia o reintervención.

Resultados: se incluyeron 159 sujetos. Se obtuvo seguimiento clínico y telefónico mínimo de 3 años en 142 pacientes (89%; 122 hombres/20 mujeres; edad = 29,6 ± 7,75 años) que fueron evaluados 5,30 ± 1,14 años tras la cirugía.

ABSTRACT

Long term satisfaction results in 142 patients after arthroscopic anterior-inferior shoulder instability repair. A multicenter study

Purpose: to identify factors that influence in the patient satisfaction after arthroscopic instability repair.

Methods: retrospective multicenter study in patients who underwent arthroscopy anterior-inferior Bankart repair. Exclusion criteria: rotator cuff tear, surgery after first episode, previous surgery or multidirectional instability. Epidemiological data were collected and a telephone satisfaction questionnaire was performed, including: satisfaction evaluation (with a semiquantitative verbal scale, from 0 to 10) pain level (with a verbal numeric scale from 0 to 10), their activity level, shoulder discomfort and presence of recurrence or reintervention.

Results: 159 patients were included. We obtained clinical and telephone follow up of minimum 3 years in 142 patients (89%; 122 men/20 women; age = 29,6 ± 7,75 years) which were evaluated 5,30 ± 1,14 years after surgery.



<https://doi.org/10.24129/j.reaca.24360.fs1708028>

© 2017 Fundación Española de Artroscopia. Publicado por Imaidea Interactiva en FONDOSCIENCE® (www.fondoscience.com). Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (www.creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

La tasa de recurrencia fue del 15,8% y la de inestabilidad residual del 19%. El 9,86% requirió una reintervención. Estos 3 factores afectaron a la satisfacción final de los sujetos que no tuvieron ningún episodio vs. pacientes que sí que presentaron recurrencia (recurrencia: $9,08 \pm 1,55$ vs. $5,65 \pm 2,83$, $p < 0,001$; inestabilidad residual: $9,22 \pm 1,42$ vs. $6,61 \pm 2,76$, $p < 0,001$; reintervención: $8,89 \pm 1,75$ vs. $5,92 \pm 3,15$, $p < 0,001$). El 47% refería molestias en el hombro, lo que se asoció a una reducción de la satisfacción ($7,58 \pm 2,54$ vs. $9,51 \pm 1,08$; $p < 0,001$). El 25% presentaba dolor leve, el 15% dolor moderado y el 6% dolor intenso; este se asoció con una disminución de la satisfacción (coeficiente de correlación: 0,52; $p < 0,001$). La edad, el sexo, la dominancia o la duración del seguimiento no se asociaron con la satisfacción.

Conclusiones: los factores que afectan a la satisfacción tras una cirugía de reconstrucción capsulolabral de Bankart por vía artroscópica son la recurrencia, la inestabilidad residual, la reintervención, las molestias residuales y el dolor.

Nivel de evidencia: IV (serie de casos clínicos).

Relevancia clínica: la recurrencia e inestabilidad tras cirugía de inestabilidad de hombro artroscópica tiene impacto en la satisfacción del paciente a largo plazo, pero el dolor o las molestias residuales también, apareciendo en más del 40% de los casos.

Palabras clave: Inestabilidad de hombro. Reparación de Bankart. Satisfacción.

Introducción y objetivos

Los pacientes con inestabilidad anteroinferior de hombro son habitualmente pacientes jóvenes y activos que presentan niveles de salud altos y con requerimientos funcionales elevados⁽¹⁾. La cirugía de inestabilidad es un procedimiento considerado por los cirujanos como que ofrece resultados reproducibles y satisfactorios, con tasa de éxito entre el 80 y el 93%^(2,3).

La satisfacción de los pacientes tras cualquier tipo procedimiento quirúrgico se ha convertido en uno de los principales criterios para evaluar el resultado de un procedimiento quirúrgico⁽⁴⁾. Habitualmente se valora el éxito o fracaso de la cirugía de inestabilidad de hombro en términos de recurrencia, persistencia de la inestabilidad o mejoría en las escalas funcionales⁽⁵⁾, pero estos, en muchas ocasiones, no se corresponden

The recurrence rate was 15,8% and the residual instability rate was 19%. 9,86% of the patients required a new intervention. Those factors had influenced in the final satisfaction (recurrence: 9.08 ± 1.55 vs. 5.65 ± 2.83 , $p < 0,001$; residual instability: $9,22 \pm 1.42$ vs. 6.61 ± 2.76 , $p < 0,001$; reintervention : 8.89 ± 1.75 vs. 5.92 ± 3.15 , $p < 0,001$).

47% referred shoulder discomfort which was associated with a satisfaction decrease (7.58 ± 2.54 vs. $9,51 \pm 1.08$, $p < 0.001$). 25% had mild pain, 15% moderate pain and 6% severe pain also associated with a satisfaction decrease (correlation coefficient 0.52; $p < 0.001$).

Age, sex, dominance and follow up did not associated with the satisfaction.

Conclusions: factors involved in patient satisfaction decrease after arthroscopy shoulder instability Bankart repair are recurrence, residual instability, reintervention, residual discomfort and pain.

Level of evidence: IV (cases series).

Clinic relevance: recurrence and instability after arthroscopy instability repair have impact in the long term patients satisfaction. More interestingly, pain and residual discomfort have a significant influence in patient satisfaction, and these factors are present in more than 40% of the patient.

Key words: Shoulder instability. Bankart repair. Satisfaction.

directamente con el grado de satisfacción de los pacientes⁽⁶⁾. Según Ronnberg⁽⁷⁾, solo el 46% de los pacientes están satisfechos con la información recibida sobre la cirugía. Esto confirma la importancia de dar una información clara a los pacientes y asegurarse de que estos entienden la información. Además, la importancia de tener un buen resultado o incluso la confianza del paciente en lograr un buen resultado no es equivalente a tenerlo; de hecho, darle mucha importancia a tener un buen resultado se correlaciona con un fracaso en alcanzar las expectativas⁽⁸⁾.

El objetivo de este estudio es identificar qué factores influyen en la satisfacción de los pacientes relacionándolo con el resultado obtenido después de someterse a una cirugía de inestabilidad de hombro intervenida por vía artroscópica.

Material y métodos

Se realizó un estudio multicéntrico retrospectivo que incluyó a todos los pacientes intervenidos de inestabilidad anteroinferior de hombro de 3 centros hospitalarios, entre los años 2009 y 2012. Se revisaron las bases de datos de los 3 centros, que incluían pacientes del sistema público de salud, de mutua de accidentes de trabajo y de sanidad privada.

El criterio único de inclusión fue haberse sometido a una reconstrucción capsulolabral de Bankart por vía artroscópica. Los criterios de exclusión fueron: pacientes que presentaban una lesión asociada del manguito rotador, que se hubieran sometido a cirugía tras el primer episodio de luxación, que hubieran sido intervenidos previamente de inestabilidad, que no constaran episodios claros de luxación o subluxación previos a la cirugía o bien que presentaran una inestabilidad multidireccional. Estos criterios reproducen los usados por otros autores en estudios similares^(9,10). Asimismo, se solicitó por vía telefónica a cada sujeto el consentimiento a participar en el estudio. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitario de La Princesa (09-02-2017, acta 03/17; número de registro 2835).

Se revisaron las historias clínicas, notas quirúrgicas, imágenes y vídeos de la intervención de los sujetos y se recogieron datos demográficos, epidemiológicos y de la intervención, incluyendo la presencia de defectos óseos humerales y glenoideos (y su magnitud) durante la artroscopia exploradora y el tipo preciso de intervención y los procedimientos asociados.

Asimismo, los sujetos fueron contactados por vía telefónica: primero se verificó la ausencia de criterios de exclusión; a continuación, se les realizó un cuestionario amplio sobre satisfacción con el procedimiento. Durante la entrevista se evaluó la satisfacción del paciente mediante una escala verbal semicuantitativa realizando la pregunta "¿Cuál es su nivel de satisfacción con la cirugía?", indicando su nivel de satisfacción en una escala verbal numérica de 0 a 10, siendo 0 completamente insatisfecho y 10 absolutamente satisfecho. Además, se les preguntó por la presencia de molestias en el hombro intervenido, el grado de dolor, evaluado con una escala verbal numérica (EVN) de 0 a 10, así como su nivel de actividad y la repercusión de los síntomas en ella. Asimismo,

se preguntó por la presencia de inestabilidad residual, recurrencia de luxación y necesidad de reintervención en el hombro afecto.

Se analizó la normalidad de las variables cuantitativas incluidas en el estudio con la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov. Se utilizó como variable dependiente principal el grado de satisfacción, que resultó no ajustarse a la normal. Para el análisis del efecto de las variables independientes cuantitativas se usó la U de Mann-Whitney, para las variables independientes cualitativas se usó un análisis de regresión no paramétrico con la Rho de Spearman. Se estableció el nivel de significación en $p < 0,05$. Las variables independientes incluidas en el análisis fueron: el sexo, la edad, el tipo de centro en el que se realizó la cirugía, la presencia de recurrencia, la sensación de inestabilidad y que hubieran tenido que someterse a una nueva cirugía. Además, se usaron la presencia de molestias en el hombro, de limitación de su actividad habitual, de dolor y el abandono de la actividad previa tras la cirugía al finalizar el seguimiento.

Resultados

Se seleccionaron preliminarmente 207 candidatos, de los cuales, tras el análisis de la historia clínica y/o la entrevista telefónica aplicando los criterios de exclusión, fueron excluidos 48. De los 159 restantes se obtuvo un seguimiento clínico y telefónico mínimo de 3 años en 142 pacientes (89,3%) que fueron evaluados $5,30 \pm 1,14$ años tras la cirugía. Los 17 sujetos restantes no pudieron ser localizados para su estudio. La duración del seguimiento no afectó a la satisfacción (coeficiente de correlación: 0,049, NS). Los datos epidemiológicos de estos pacientes se pueden apreciar en la **Tabla 1** y los datos relativos a la técnica quirúrgica en la **Tabla 2**.

Los datos obtenidos en la encuesta telefónica se resumen en la **Tabla 3**. Los niveles de satisfacción generales fueron elevados (media: $8,60 \pm$ desviación estándar $2,13$; mediana: 10). El impacto que en el nivel de satisfacción tenían las distintas variables dependientes cualitativas consideradas se puede apreciar en la **Figura 1**. El impacto que en el nivel de satisfacción tenían las distintas variables dependientes cuantitativas consideradas se puede apreciar en la **Tabla 4**.

Del total de sujetos, 122 eran hombres y 20 eran mujeres, con una edad media de $29,6 \pm 7,75$ años. La edad, el sexo o la dominancia no se asociaron con una variación de la satisfacción en el seguimiento. Del total de la muestra, 94 habían sido intervenidos en el servicio de sanidad pública, 39 en una mutua de accidentes de trabajo y 9 en el servicio de sanidad privada. Esto tampoco tuvo efecto en la satisfacción con la cirugía.

Se produjo al menos una recurrencia, entendiendo recurrencia como nuevo episodio de luxación o subluxación, así como la presencia de síntomas, en 20 de los 142 pacientes (14%) y 27 de 142 sujetos (19%) presentaban sensación de inestabilidad residual; aun así, no todos tuvieron que ser reintervenidos, precisando una nueva cirugía solo 14 de los 142 pacientes (9,86%), 8 de ellos por inestabilidad y 6 por otras causas. La presencia de al menos una recurrencia disminuyó la satisfacción de los sujetos en el seguimiento entre pacientes que no habían presentado ninguna recurrencia y pacientes que sí la presentaron ($9,08 \pm 1,55$ vs. $5,65 \pm 2,83$; $p < 0,001$), así como la presencia de inestabilidad residual ($9,22 \pm 1,42$ vs. $6,61 \pm 2,76$; $p < 0,001$) o la necesidad de reintervención ($8,89 \pm 1,75$ vs. $5,92 \pm 3,15$; $p < 0,001$).

Un total de 67 de 142 pacientes (47%) referían molestias en el hombro intervenido, pero estas molestias solo limitaban su actividad diaria a 14 de 142 (9,86%). La presencia de molestias se asoció significativamente a una reducción de la satisfacción (tasa de satisfacción en grupo con molestias de $7,58 \pm 2,54$ vs. $9,51 \pm 1,08$ en el grupo sin molestias; $p < 0,001$). Los datos sobre dolor reflejaron que el 54,92% no presentaba ningún dolor residual (EVN = 0), el 25,35% presentaba dolor leve (EVN entre 1 y 3), el 14,78% mostraba dolor moderado (EVN entre 4 y 6) y el 5,63% refería dolor intenso (EVN ≥ 7), aunque ningún paciente refirió dolor por encima de 8. El nivel de dolor se asociaba con una disminución lineal significativa de la satisfacción (coeficiente de correlación: 0,52; $p < 0,001$). El 71% no había disminuido el nivel de actividad tras la cirugía, mientras que el 29% había disminuido o abandonado su actividad previa.

Discusión

Este estudio con seguimiento a largo plazo de un gran número de pacientes nos ha facilitado in-

Tabla 1. Datos de los 142 sujetos incluidos

Variable	
Sujetos incluidos	142
Edad	29,6 años [7,75]
Sexo	Varón 122/142 (85,92%)
	Mujer 20/142 (14,08%)
Lateralidad	Derecha 79/142 (55,63%)
	Izquierda 63/142 (44,36%)
Dominancia del lado afecto	Derecha: 130/142 (91,54%)
	Izquierda 12/142 (8,45%)
Mecanismo del primer episodio de luxación	
Atraumática, movimiento no forzado	12/142 (8,45%)
Atraumática, movimiento forzado	28/142 (19,7%)
Traumática	122/142 (85,9%)
Actividad deportiva prelesional	
Ninguna	20/142 (14,1%)
De bajo riesgo	26/142 (18,3%)
De contacto	60/142 (42,2%)
Por encima de la cabeza	25/142 (17,6%)
Forzado, por encima de la cabeza	11/142 (7,75%)
Lesiones óseas humerales	
No	39/142 (27,5%)
Menor (< 25%)	74/142 (52,1%)
Mayor (> 25%)	29/142 (20,4%)
¿Lesión humeral enganchante?	8/142 (5,63%)
Lesiones óseas glenoideas	
No	90/142 (63,4%)
Menor (< 25%)	34/142 (23,9%)
Mediana (25-50%)	13/142 (9,15%)
Mayor (> 50%)	5/142 (3,52%)

Se incluyen los datos epidemiológicos, los relativos a los episodios previos a la cirugía, los datos de lesiones apreciadas durante el procedimiento. Los datos cuantitativos se expresan en formato: media [DE]. Los datos cualitativos se expresan como: evento/total (porcentaje sobre el total)

formación sobre aquellas variables que son percibidas por los pacientes como insatisfactorias y que son susceptibles de mejora. No se aprecia relación entre la disminución de la satisfacción y

Tabla 2. Datos de los 142 sujetos incluidos

Técnica quirúrgica	
Reparación labral	141/142 (99,3%)
Plicatura capsular anteroinferior	1/142 (0,70%)
Número de implantes glenoideos	3,22 [1,17]
<i>Remplissage</i>	29/142 (20,4%)
Cierre intervalo rotador	35/142 (24,6%)
Plicatura capsular posteroinferior	11/142 (7,74%)

Se incluyen los datos relacionados con la técnica quirúrgica desarrollada. Los datos cuantitativos se expresan en formato: media [DE]. Los datos cualitativos se expresan como: evento/total (porcentaje sobre el total)

el sexo, la edad, o la dominancia, ni tampoco esta se vio afectada por la duración del seguimiento. Tampoco influyó el tipo de centro en el que se realizó la intervención. Sin embargo, se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la disminución global de la satisfacción en los pacientes que habían presentado al menos una recurrencia, en los pacientes que precisaron reintervención y los que referían inestabilidad residual. Asimismo, se apreció relación entre la presencia de molestias residuales o dolor y la disminución de la satisfacción, independientemente de que hubieran sufrido algún episodio de recurrencia o que hubieran⁽¹¹⁾ retomado su actividad previa a la cirugía.

La manera predominante de evaluar los resultados de las intervenciones para prevenir la recurrencia de la inestabilidad de hombro se basa en escalas objetivas específicas para la articulación como el Constant⁽¹²⁾, el test simple de hombro⁽¹³⁻¹⁵⁾

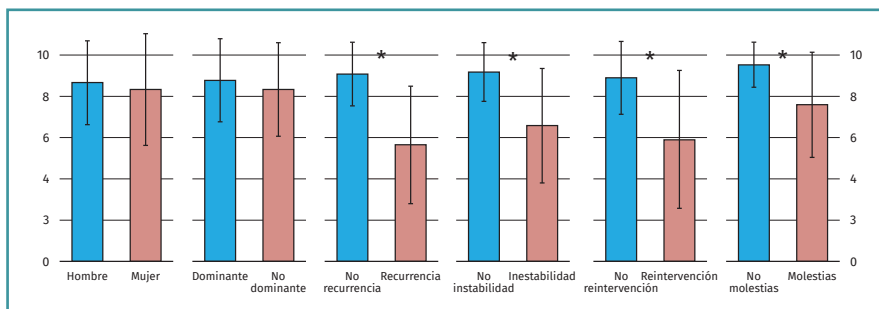


Figura 1. Representación de los niveles de satisfacción (sobre una escala de 0 a 10) de los sujetos incluidos estratificados según las variables cualitativas estudiadas. * $p < 0,001$.

Tabla 3. Resultados obtenidos de la encuesta telefónica

Variable	
Grado de satisfacción con la cirugía	8,60 [2,13]
Tasa de recurrencia	23/142 (15,8%)
Tasa de inestabilidad residual	27/142 (19%)
Presencia de molestias residuales	11/142 (7,6%)
Nivel de dolor	
Sin dolor (0)	77/142 (54,92%)
Dolor leve (1-3)	36/142 (25,35%)
Dolor moderado (4-6)	21/142 (14,78%)
Dolor intenso (7-10)	8/142 (5,63%)
Tasa de reintervención	
	8/142 (5,63%)
Limitación de la actividad	
	14/142 (9,86%)

Tasa de recurrencia: al menos un episodio de luxación franca. Tasa de inestabilidad: percepción subjetiva del paciente sobre la falta de estabilidad del hombro operado. Los datos cuantitativos se expresan en formato: media [DE]. Los datos cualitativos se expresan como: evento/total (porcentaje sobre el total)

o la escala de Rowe^(2,16). Sin embargo, estas escalas fallan con frecuencia a la hora de tener en cuenta la satisfacción de los pacientes. Aunque algunos sistemas incluyen escalas subjetivas para evaluar la satisfacción, como por ejemplo el Western Ontario Shoulder Instability Index (WOSI)⁽¹⁷⁻¹⁹⁾, con frecuencia el papel y el peso que dan a la perspectiva subjetiva de la satisfacción del paciente operado son limitados, lo que lleva a que estas medidas tengan un impacto relativamente pequeño en la puntuación final. Esto lleva a la paradoja de que se consideran resultados aceptables, o incluso buenos, los obtenidos por pacientes que están descontentos con su cirugía, algo que también se aprecia en esta serie, donde no todos los sujetos reoperados lo fueron por inestabilidad recurrente.

Esto tiene especial importancia en la inestabilidad de hombro. Hechos fácilmente objetivables para

Tabla 4. Resultados del análisis de correlación entre las variables independientes cuantitativas y el nivel de satisfacción

Variable	Rho de Spearman	Significación	R ²
Seguimiento	0,048	NS	- 0,004
Nivel de dolor	0,521	p < 0,001	0,266
Edad	0,021	NS	0,006

el evaluador, como la recurrencia o la inestabilidad residual, son tomados por los cirujanos como la variable principal, si no única, de valoración de resultados^(9,13,20). Aunque no se puede descartar la importancia de estas variables, hay que tener en cuenta que los pacientes que van a ser intervenidos, cuando se les interroga sobre sus expectativas sobre la cirugía, normalmente no dan tanta importancia a la posibilidad de recurrencia como a su capacidad de reincorporarse a su deporte favorito, algo que fue analizado con brillantez por Warth *et al.*⁽²¹⁾. Estos hallazgos van en línea con los apreciados en el presente estudio, donde factores como la limitación funcional o el dolor persistente tienen tanto valor como la recurrencia.

La tasa de satisfacción de los procedimientos quirúrgicos en el hombro no ha sido habitualmente objeto de estudio. El grupo de la Steadman Hawkins Clinic analizó los resultados de los procedimientos de artroplastia de hombro y reparación del manguito rotador utilizando una escala de satisfacción similar a la presentada aquí. En el análisis de los niveles de satisfacción con la cirugía de reparación de manguito de 311 pacientes al año de seguimiento se apreció una tasa de satisfacción con el procedimiento de en torno a 8,5 –acordes con este estudio–; además, se encontró una potente asociación con los niveles de dolor en el momento de la evaluación, pero no tanto con las escalas objetivas de la American Shoulder and Elbow Surgeons Score (ASES) para hombro⁽²²⁾. De forma similar, el mismo grupo analizó la tasa de satisfacción tras artroplastia de hombro en 71 sujetos; en este caso, la asociación entre satisfacción y dolor al año era también muy relevante; en contraste con el estudio previo, la escala ASES sí era potente, sugiriendo que para pacientes sometidos a artroplastia sí puede ser una herramienta válida⁽²³⁾.

Existen pocos estudios que evalúen específicamente el grado de satisfacción de los pacientes con inestabilidad de hombro. El grado de satisfac-

ción de los pacientes sometidos a un procedimiento de Latarjet sí ha sido evaluado con mayor interés, Hovelius *et al.*⁽²⁴⁾ evaluaron de forma prospectiva una cohorte de 118 hombros y reportaron que el grupo tenía una tasa general de satisfacción del 98%. Di Giacomo *et al.*⁽²⁵⁾, por

su parte, reportaron resultados satisfactorios en el 92% de los sujetos y Lafosse *et al.*⁽²⁶⁾ en el 92% de los sometidos a un Latarjet artroscópico. Rahme *et al.*⁽²⁷⁾ evaluaron los resultados de 68 pacientes intervenidos mediante un Bankart abierto tradicional una media de 5 años tras la cirugía. Analizaron la satisfacción mediante una escala subjetiva semicuantitativa de 5 niveles; encontraron que los principales factores que tenían impacto sobre la satisfacción eran la recurrencia, el dolor y la pérdida de rotación externa. Por otro lado, en los pacientes con inestabilidad multidireccional de hombro, Yeargan *et al.*⁽²⁸⁾ identificaron que la recuperación del rango de movilidad era tan importante como la ausencia de recurrencia usando una escala similar a la del presente estudio.

Limitaciones

La principal limitación de este estudio es su carácter retrospectivo, lo que no asegura un seguimiento preciso de los pacientes; sin embargo, se ha obtenido una tasa de seguimiento medio a los 5 años de la intervención de cerca del 90%, lo que está en línea con las tasas de seguimiento obtenidas en estudios prospectivos por otros autores en esta patología^(13,15). Dado que en el estudio participaron numerosos cirujanos de 3 centros distintos cabe esperar una variabilidad significativa de la técnica utilizada, pudiendo considerarse esto una limitación; sin embargo, la reparación de Bankart por vía artroscópica no es, ni lo era en el momento del inicio del estudio, un procedimiento novedoso y su técnica está razonablemente establecida. Por último, una evaluación presencial de los sujetos incluidos permitiría hacer una evaluación con las escalas más utilizadas en estos pacientes pero, como se ha apuntado, estas escalas tradicionales no se relacionan estrechamente con la satisfacción de los pacientes^(4,22), pero sí lo hace el

nivel de dolor, algo que ha demostrado poder ser evaluado por vía telefónica de forma equivalente a la vía presencial⁽²⁹⁾.

Para concluir, se puede establecer el éxito de un procedimiento con escalas objetivas, que satisfacen en cuanto al resultado al cirujano, pero estas escalas valoran poco la percepción real de los pacientes. Se debe dar más importancia a los aspectos subjetivos de valoración final del resultado, en particular a los niveles de dolor, estableciendo un equilibrio entre los resultados funcionales y los resultados subjetivos expresados por los pacientes.

Conclusiones

Los factores que afectan a la satisfacción tras una cirugía de reconstrucción capsulolabral de Bankart por vía artroscópica son la recurrencia, la inestabilidad residual, la reintervención, las molestias residuales y el dolor. Aunque la recurrencia e inestabilidad tras la cirugía de inestabilidad de hombro artroscópica tienen gran impacto en la satisfacción del paciente a largo plazo, el dolor o las molestias residuales también lo tienen, apareciendo en más del 40% de los casos.

Responsabilidades éticas

Conflicto de interés. Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiación. Este trabajo no ha sido financiado.

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Hovelius L, Augustini BG, Fredin H, Johansson O, Norlin R, Thorling J. Primary anterior dislocation of the shoul-

der in young patients. A ten-year prospective study. *J Bone Joint Surg Am.* 1996;78(11):1677-84.

2. An VV, Sivakumar BS, Phan K, Trantalis J. A systematic review and meta-analysis of clinical and patient-reported outcomes following two procedures for recurrent traumatic anterior instability of the shoulder: Latarjet procedure vs. Bankart repair. *J Shoulder Elbow Surg.* 2016;25(5):853-63.
3. Pulavarti RS, Symes TH, Rangan A. Surgical interventions for anterior shoulder instability in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009(4):CD005077.
4. Kennedy GD, Tevis SE, Kent KC. Is there a relationship between patient satisfaction and favorable outcomes? *Ann Surg.* 2014;260(4):592-8; discussion 598-600.
5. Chalmers PN, Mascarenhas R, Leroux T, Sayegh ET, Verma NN, Cole BJ, Romeo AA. Do arthroscopic and open stabilization techniques restore equivalent stability to the shoulder in the setting of anterior glenohumeral instability? a systematic review of overlapping meta-analyses. *Arthroscopy.* 2015;31(2):355-63.
6. Waljee J, McGlinn EP, Sears ED, Chung KC. Patient expectations and patient-reported outcomes in surgery: a systematic review. *Surgery.* 2014;155(5):799-808.
7. Ronnberg K, Lind B, Zoega B, Halldin K, Gellerstedt M, Brisby H. Patients' satisfaction with provided care/information and expectations on clinical outcome after lumbar disc herniation surgery. *Spine (Phila Pa 1976).* 2007;32(2):256-61.
8. McGregor AH, Dore CJ, Morris TP. An exploration of patients' expectation of and satisfaction with surgical outcome. *Eur Spine J.* 2013;22(12):2836-44.
9. Boileau P, Villalba M, Hery JY, Balg F, Ahrens P, Neyton L. Risk factors for recurrence of shoulder instability after arthroscopic Bankart repair. *J Bone Joint Surg Am.* 2006;88(8):1755-63.
10. Balg F, Boileau P. The instability severity index score. A simple pre-operative score to select patients for arthroscopic or open shoulder stabilisation. *J Bone Joint Surg Br.* 2007;89(11):1470-7.
11. Edouard P, Beguin L, Fayolle-Minon I, Degache F, Farizon F, Calmels P. Relationship between strength and functional indexes (Rowe and Walch-Duplay scores) after shoulder surgical stabilization by the Latarjet technique. *Ann Phys Rehabil Med.* 2010;53(8):499-510.
12. Zhu YM, Lu Y, Zhang J, Shen JW, Jiang CY. Arthroscopic Bankart repair combined with remplissage technique for the treatment of anterior shoulder instability with engaging Hill-Sachs lesion: a report of 49 cases with a minimum 2-year follow-up. *Am J Sports Med.* 2011;39(8):1640-7.

13. Ee GW, Mohamed S, Tan AH. Long term results of arthroscopic Bankart repair for traumatic anterior shoulder instability. *J Orthop Surg Res.* 2011;6:28.
14. Haviv B, Mayo L, Biggs D. Outcomes of arthroscopic "remplissage": capsulotenodesis of the engaging large Hill-Sachs lesion. *J Orthop Surg Res.* 2011;6:29.
15. Owens BD, DeBerardino TM, Nelson BJ, Thurman J, Cameron KL, Taylor DC, et al. Long-term follow-up of acute arthroscopic Bankart repair for initial anterior shoulder dislocations in young athletes. *Am J Sports Med.* 2009;37(4):669-73.
16. Kim SJ, Kim SH, Park BK, Chun YM. Arthroscopic stabilization for recurrent shoulder instability with moderate glenoid bone defect in patients with moderate to low functional demand. *Arthroscopy.* 2014;30(8):921-7.
17. Bouliane M, Saliken D, Beaupre LA, Silveira A, Saraswat MK, Sheps DM. Evaluation of the Instability Severity Index Score and the Western Ontario Shoulder Instability Index as predictors of failure following arthroscopic Bankart repair. *Bone Joint J.* 2014;96-B(12):1688-92.
18. Khiami F, Sariali E, Rosenheim M, Hardy P. Anterior shoulder instability arthroscopic treatment outcomes measures: the WOSI correlates with the Walch-Duplay score. *Orthop Traumatol Surg Res.* 2012;98(1):48-53.
19. Van der Linde JA, van Kampen DA, Terwee CB, Dijkman LM, Kleinjan G, Willems WJ. Long-term results after arthroscopic shoulder stabilization using suture anchors: an 8- to 10-year follow-up. *Am J Sports Med.* 2011;39(11):2396-403.
20. Mohtadi NG, Bitar IJ, Sasyniuk TM, Hollinshead RM, Harper WP. Arthroscopic versus open repair for traumatic anterior shoulder instability: a meta-analysis. *Arthroscopy.* 2005;21(6):652-8.
21. Warth RJ, Briggs KK, Dornan GJ, Horan MP, Millett PJ. Patient expectations before arthroscopic shoulder surgery: correlation with patients' reasons for seeking treatment. *J Shoulder Elbow Surg.* 2013;22(12):1676-81.
22. O'Holleran JD, Kocher MS, Horan MP, Briggs KK, Hawkins RJ. Determinants of patient satisfaction with outcome after rotator cuff surgery. *J Bone Joint Surg Am.* 2005;87(1):121-6.
23. Chen AL, Bain EB, Horan MP, Hawkins RJ. Determinants of patient satisfaction with outcome after shoulder arthroplasty. *J Shoulder Elbow Surg.* 2007;16(1):25-30.
24. Hovelius L, Sandstrom B, Saebo M. One hundred eighteen Bristow-Latarjet repairs for recurrent anterior dislocation of the shoulder prospectively followed for fifteen years: study II-the evolution of dislocation arthropathy. *J Shoulder Elbow Surg.* 2006;15(3):279-89.
25. Di Giacomo G, de Gasperis N, Costantini A, De Vita A, Beccaglia MA, Pouliart N. Does the presence of glenoid bone loss influence coracoid bone graft osteolysis after the Latarjet procedure? A computed tomography scan study in 2 groups of patients with and without glenoid bone loss. *J Shoulder Elbow Surg.* 2014;23(4):514-8.
26. Lafosse L, Boyle S, Gutiérrez-Aramberri M, Shah A, Meller R. Arthroscopic Latarjet Procedure. *Orthop Clin North Am.* 2010 Jul;41(3):393-405.
27. Rahme H, Vikerfors O, Ludvigsson L, Elven M, Michaelsen K. Loss of external rotation after open Bankart repair: an important prognostic factor for patient satisfaction. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2010;18(3):404-8.
28. Yeargan SA 3rd, Briggs KK, Horan MP, Black AK, Hawkins RJ. Determinants of patient satisfaction following surgery for multidirectional instability. *Orthopedics.* 2008;31(7):647.
29. Ariza-Ariza R, Hernández-Cruz B, Navarro-Compan V, Leyva Pardo C, Juanola X, Navarro-Sarabia F. A comparison of telephone and paper self-completed questionnaires of main patient-related outcome measures in patients with ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis. *Rheumatol Int.* 2013;33(11):2731-6.