



REVISIÓN

Artículo en español

Rev Esp Podol. 2020;31(2):102-109

DOI: 10.20986/revesspod.2020.1583/2020

Revisión sistemática sobre la calidad de vida de los pacientes con hallux valgus mediante los cuestionarios SF-36, SF-12 y FHSQ

Quality of life in patients with hallux valgus assessed by SF-36, SF-12 and FHSQ questionnaires: a systematic review

María del Carmen Sánchez Martínez¹ y Laura Ramos Petersen^{2,3}

¹Servicio de Urgencias Maternal, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia, España. ²Departamento de Podología, Universidad Católica San Antonio. Murcia, España. ³Grupo de Investigación Avances en Biomecánica Deportiva y Ortopodología (ABIDOR)

Palabras clave:

Hallux valgus, hallux abductus valgus, calidad de vida.

Resumen

Introducción: El hallux valgus es una patología muy frecuente, más en mujeres, que aumenta con la edad provocando dolor y afectando a la calidad de vida. Es importante analizar la calidad de vida de los pacientes para conocer su satisfacción y comprobar la efectividad de los tratamientos e intervenciones. El objetivo general de este estudio es conocer la calidad de vida de estos pacientes.

Material y métodos: Revisión sistemática de artículos con fecha entre 2015 y 2020 en inglés o español, que analizan la calidad de vida en pacientes mayores de 18 años con hallux valgus mediante los cuestionarios *Short Form-36 Health Status Questionnaire*, *Short Form-12 Health Status Questionnaire* y *Foot Health Status Questionnaire*.

Resultados: Se seleccionaron 10 estudios realizados en distintos países, el mayor número de ellos en España, en los que el 62.6% de participantes fueron mujeres, la media de edad fue 55.58 años, y el *Short Form-36* fue el cuestionario más utilizado. Las puntuaciones medias de los cuestionarios resultaron disminuidas (51.3 sobre 100 en el *Short Form-12*, 62.9 sobre 100 en el *Foot Health Status Questionnaire* y 58.8 sobre 100 en el *Short Form-36*).

Conclusiones: La calidad de vida está disminuida en pacientes con hallux valgus, influyendo en ella la edad, el sexo, los valores angulares radiográficos y el mayor grado de deformidad del hallux valgus en la escala Manchester, pero mejora tras el tratamiento quirúrgico. Las limitaciones del estudio incluyen riesgo de errores sistemáticos, muestra analizada pequeña y alta heterogeneidad de los estudios.

Keywords:

Hallux valgus, hallux abducto valgus, quality of life.

Abstract

Background: Hallux valgus is a very frequent pathology, more in women, that increases with age causing pain, affecting the quality of life. It is important to analyze the quality of life of the patients to know their satisfaction and to check the effectiveness of the treatments and interventions. The general objective of this study is to know the quality of life of these patients.

Materials and methods: Systematic review of studies dated between 2015 and 2020 in English or Spanish, analysing the quality of life in patients over 18 years with hallux valgus using the *Short Form-36 Health Status Questionnaire*, *Short Form-12 Health Status Questionnaire* and *Foot Health Status Questionnaire*.

Results: 10 studies from different countries were selected, the largest number of them in Spain, in which 62.6% of participants were women, the mean age was 55.58 years, and the *Short Form-36* was the most used questionnaire. The mean scores of the questionnaires were decreased (51.3 out of 100 in the *Short Form-12*, 62.9 out of 100 in the *Foot Health Status Questionnaire* and 58.8 out of 100 in the *Short Form-36*).

Conclusions: The quality of life is decreased in patients with hallux valgus, influencing it by age, sex, radiographic angular values and the greater degree of hallux valgus deformity on the Manchester scale, but improves after surgical treatment. Study limitations include risk of systematic errors, small sample analysed, and high heterogeneity of studies.

Recibido: 19-06-2020

Aceptado: 27-08-2020



0210-1238 © Los autores. 2020.
Editorial: INSPIRA NETWORK GROUP S.L.
Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC Reconocimiento 4.0 Internacional
(www.creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Correspondencia:

Laura Ramos Petersen
lrpetersen@ucam.edu

INTRODUCCIÓN

El hallux valgus (HV) es una deformidad del primer radio, de carácter progresiva, en la que se produce una desviación y subluxación del primer metatarsiano hacia el lado medial, una desviación de las falanges del hallux hacia el lado lateral, un aplanamiento de la cabeza metatarsiana medial y lateral y subluxación de los sesamoideos. Estas desviaciones triplanares producen afectación en el resto del pie, ocasionando dedos en garra, martillo o mazo, alteraciones biomecánicas e hiperqueratosis. El HV es una de las afectaciones más frecuentes en el pie y la más frecuente del primer radio¹⁻⁵. Se estima su prevalencia en la población de España entre 40 y 65 años del 29.7 % y en mayores de 65 años del 46.4 %, llegando a afectar a uno de cada tres adultos mayores de 65 años⁶. Las causas del HV se han considerado multifactoriales, destacando inestabilidad cuneo-metatarsiana, pronación de la articulación subastragalina, insuficiencia capsuloligamentosa medial metatarsofalángica y longitud y forma redondeada de la cabeza metatarsiana^{6,7}.

De todos los pacientes afectados, se estima que existe mayor prevalencia en mujeres¹⁻⁶, llegando incluso a afectar según previos estudios a un 90 % de mujeres⁸⁻¹⁰. Los síntomas principales de esta patología son el dolor al rozar con el calzado y la deformidad del pie. Como consecuencia de estos, surgen problemas de movilidad. Además, también aparece hiperqueratosis en zona medial del hallux y del “bunion”^{1,4}. Esta situación genera afectación psicológica también en los pacientes, los cuales se someten a los distintos tratamientos con el fin de disminuir este problema¹⁰. El objetivo del tratamiento en el HV consiste en disminuir o eliminar el dolor y mejorar la calidad de vida (CV) de los pacientes que lo padecen, para lo que existen dos tipos de tratamientos: conservador (como pueden ser mediante ortesis plantares, juaneteras, rehabilitación, vendajes y medicamentos como antiinflamatorios para el dolor) y quirúrgico^{11,12}.

Existen cuestionarios para evaluar la CV en los pacientes, donde destacan los tres cuestionarios validados: *Short Form-36 Health Status Questionnaire* (SF-36), *Short Form-12 Health Status Questionnaire* (SF-12)^{13,14} y *Foot Health Status Questionnaire* (FHSQ)¹⁵. SF-36 y SF-12 miden la CV en general, y FHSQ mide la CV en cuanto a la salud del pie se refiere¹³⁻¹⁵.

En el manejo del HV es necesario un abordaje desde un punto de vista holístico, y es importante conocer las percepciones y sensaciones de los pacientes. Por lo tanto, el objetivo principal de esta revisión sistemática es conocer la percepción que tiene el paciente con HV sobre su CV a través de los cuestionarios SF-36, SF-12 y FHSQ. A su vez, también se propone comparar resultados de CV antes y después de la cirugía del HV, determinar factores sociodemográficos que puedan influir en la CV en los pacientes con HV y comparar resultados entre los distintos cuestionarios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática de estudios que se centran en el conocimiento de la CV de los pacientes con HV

medida con los cuestionarios SF-36, SF-12 y FHSQ. Con el objetivo de minimizar el riesgo de cometer sesgo de publicación y de selección, y para asegurar el correcto proceso metodológico (estructuración y contenido), hemos tomado como referencia las normas PRISMA¹⁶.

Bases de datos y estrategia de búsqueda

Un investigador realizó una búsqueda para asegurar que estos objetivos no habían sido abordados en revisiones anteriores. Dos investigadores realizaron una búsqueda independiente en las siguientes bases de datos: PubMed, SciELO, Web of Science, CINALH y Cochrane Library en abril de 2020, incluyendo los artículos hasta esa fecha. Además, se utilizó el buscador Google Scholar. Se utilizaron términos relevantes creados en Medical Subject Headings (MeSH), términos descriptores y palabras clave: “Hallux Valgus”, “Quality of Life”, “Hallux Abducto Valgus”, “Life Quality”, “Health- Related Quality of Life”, “HRQOL”, “Hallux Valgus”, “Calidad De Vida”. Con los operadores booleanos “AND” y “OR”.

Criterios de inclusión y exclusión

Basada en la estrategia PICO (P = población, I = intervención, C = comparación, O = elemento de medida), cada estudio tenía que cumplir los siguientes criterios de inclusión: estudios que incluyan hombres y mujeres mayores de 18 años diagnosticadas de HV, estudios en inglés o español, estudios que incluyan los cuestionarios SF-12, SF-36 y FHS, estudios a texto completo que analicen la CV de los pacientes con HV, estudios cuya fecha de publicación sea del año 2015 al año 2020.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes: revisiones sistemáticas, opiniones de expertos y metanálisis, literatura gris.

Selección de los estudios y extracción de los datos

Para seleccionar los estudios se leyó en un primer momento el título del artículo; si se consideraba susceptible de ser elegido se pasaba a leer su resumen; y si no se encontraban los criterios para saber si entraban dentro de los criterios de inclusión, entonces se procedía a leer el artículo completo.

Los parámetros que se extrajeron fueron el tipo de estudio, diseño, país donde se realizó el estudio, número de participantes, cuestionario utilizado, intervención utilizada antes o después de la cirugía, características de los pacientes (sexo, edad, índice de masa corporal [IMC]) y puntuación en cada ítem de los distintos cuestionarios.

Los niveles de evidencia en los que nos basamos para identificar los estudios van del nivel de evidencia I a III, siendo el de mayor evidencia el I, disminuyendo la calidad hasta llegar al nivel III¹⁷.

Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios

Para minimizar el riesgo de sesgos se realizó la evaluación del riesgo de sesgos de los estudios seleccionados utilizando la escala Newcastle-Ottawa (NOS) modificada para estudios transversales y estudios de series de casos (Tabla II). Dicha escala presenta la siguiente puntuación para clasificar estudios: de 0 a 6 es alto riesgo de sesgos, de 7 a 13 el riesgo moderado y de 14 a 21 el riesgo bajo. Consta de siete ítems y cada uno puntúa hasta 3 puntos^{18,19}.

RESULTADOS

Características de los estudios

Un total de 3632 estudios fueron identificados a través de la estrategia de búsqueda. Se eliminaron los duplicados (n = 20) y se excluyeron los estudios que no cumplieran los criterios de inclusión (n = 3577) al tratar sobre HV, pero no sobre CV, o viceversa. Finalmente, un total de 10 estudios fueron incluidos en la revisión sistemática (Figura 1).

Todos los estudios presentan una metodología cuantitativa, de los cuales son siete descriptivos transversales, uno

descriptivo longitudinal, y dos estudios son descriptivos de series de casos. El nivel de evidencia de estos estudios es III, y se considera a estos estudios como no analíticos.

Las características de los estudios incluidos se encuentran en la Tabla I.

El número total de participantes es de 2480 personas con HV, siendo el 62.7 % mujeres.

El cuestionario más usado es el SF-36, formando parte del 50 % de los estudios incluidos. En el 70 % de los estudios analizaron la CV antes de la cirugía.

Riesgo de sesgo

El riesgo de sesgo de los estudios se considera bajo en los estudios de González Martín y cols. (2016)²² y Yamamoto y cols. (2016)²⁴ y moderado en el resto de estudios (Tabla II).

Asociación de la calidad de vida y el hallux valgus

En cuanto a la conclusión y las intervenciones de los estudios de esta revisión, Yamamoto y cols. (2016)²⁴ investigaron la CV en pacientes con HV sintomático no tratados comparándola con la CV de población general, llegando a la conclusión

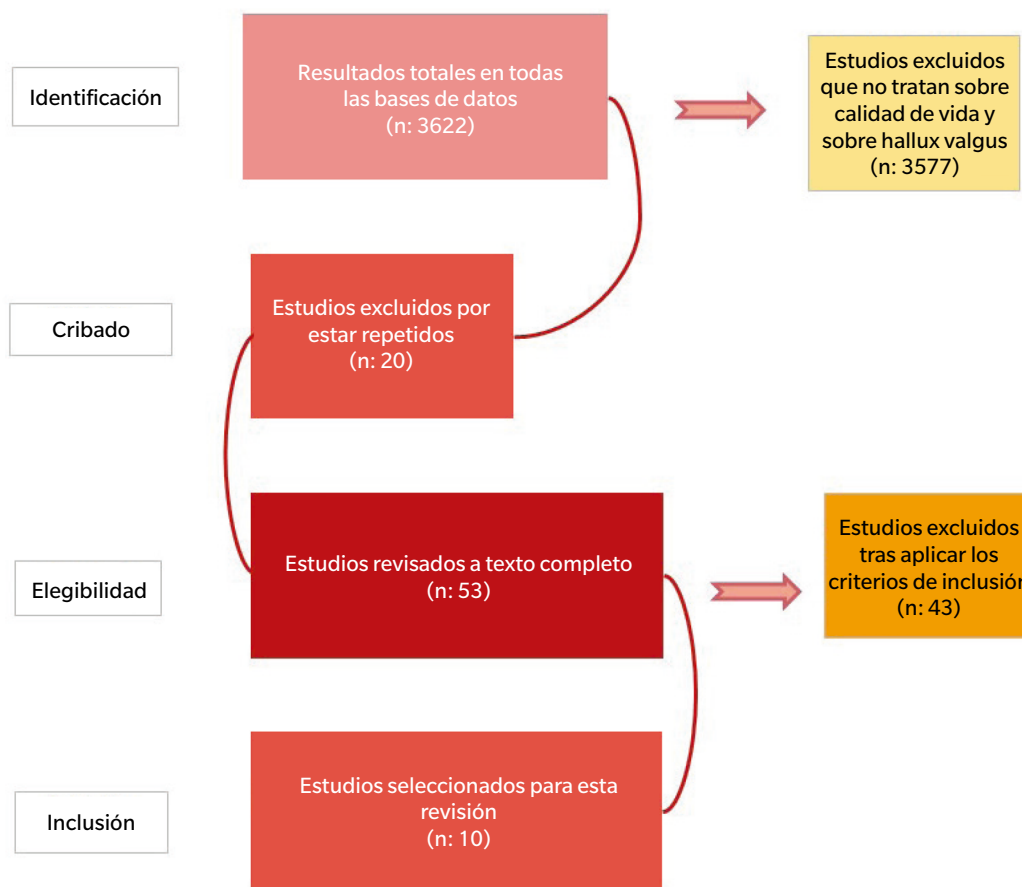


Figura 1. Flujograma del proceso de selección de estudios.

Tabla I. Características principales de los estudios.

Autor y año	Tipo de estudio y país	Participantes (nº, sexo, edad en años)	Cuestionario	Intervención	Conclusión
Nakagawa y cols. (2019) ²⁰	Descriptivo Transversal Japón	n = 53 94 % mujeres Edad media = 63	SF-36 PreQX	Ortesis plantares Se pasó el SF-36 a los 3, 6, 12, 18 y 24 meses	Las ortesis plantares aumentaron la CV en pacientes con HV
Trindade Cardoso y cols. (2019) ²¹	Serie de casos Brasil	n = 38 92 % mujeres Rango de edad = 39-81	SF-36 PostQX	Tras aplicar técnicas quirúrgicas (scarf, Chevron-Akin, Chevron, Arciform) y usar un zapato ortopédico 8 semanas, a los 5 años se pasó el SF-36	La CV y las medidas angulares mejoraron tras la cirugía en el HV severo y moderado
González Martín y cols. (2017) ²²	Descriptivo Transversal España	n = 1837 54 % mujeres Edad media = 61.8	SF-36 FHSQ PreQX	Se pasó el SF-36 y el FHSQ para conocer la CV en el HV respecto a los que no lo tienen	FHSQ: el HV disminuye la CV SF-36: la presencia de HV no modifica la CV
Formosa y cols. (2017) ²³	Serie de casos Malta	n = 35 86 % mujeres Edad media = 44	FHSQ PreQX	Se aplicó vendaje no elástico durante 4 semanas 10 h/día a los pacientes y se aplicó el FHSQ	La CV aumenta tras aplicar el vendaje
Yamamoto y cols. (2016) ²⁴	Descriptivo Transversal Japón	n = 116 89 % mujeres Edad media = 63	SF-36 PreQX	Se correlaciona la CV con la evaluación clínica y la evaluación radiológica	La CV fue significativamente más baja en HV que los que no lo tienen
Gursoy y cols. (2016) ²⁵	Descriptivo Transversal Turquía	n = 27 100 % mujeres Rango de edad = 20-54	SF-36 PreQX	Se aplicó el SF-36 para conocer la CV	A mayor nivel de deformidad en HV menor CV
Fernández y cols. (2016) ²⁶	Descriptivo Longitudinal España	n = 86 93 % mujeres Edad media = 57.8	SF-12 PostQX	Se pasó el SF-12 a pacientes operados a los 3, 6 y 12 meses tras la cirugía	La CV aumentó tras la cirugía y mejoraron los valores angulares
Palomo López y cols. (2016) ²⁷	Descriptivo Transversal España	n = 100 100 % mujeres Edad media = 43.04	FHSQ PreQX	Se aplicó el FHSQ correlacionando con los grados de HV según la escala Manchester	A mayor severidad de HV disminuye la CV
López López y cols. (2016) ²⁸	Descriptivo Transversal España	n = 115 63 % mujeres Edad media = 76.7	FHSQ PreQX	Se aplicó el FHSQ a pacientes con diversos grados de HV según Escala de Manchester	Disminuye la CV conforme aumenta el grado de severidad de HV
Lim y cols. (2015) ²⁹	Descriptivo Transversal China	n = 73 82 % mujeres Edad media = 50.4	SF-36 PreQX y PostQX	Se aplicó el SF-36 a pacientes antes y tras 6 y 24 meses tras la cirugía de HV	La CV aumentó tras la cirugía a los 2 años

PreQX: precirugía. PostQX: postcirugía. CV: calidad de vida.

Tabla II. Resultados escala The New Ottawa Scale (NOS) modificada.

Estudio	Representatividad de la muestra	Tamaño de la muestra	No encuestados	Verificación de la exposición	Control factor de confusión	Evaluación del resultado	Prueba estadística	Total
Nakagawa y cols. (2019) ²⁰	1	2	2	3	2	0	2	12/21
Trindade Cardoso y cols. (2019) ²¹	0	2	2	3	2	1	2	12/21
González Martín y cols. (2016) ²²	2	2	2	3	2	1	2	14/21
Formosa y cols. (2017) ²³	0	2	2	3	2	0	0	09/21
Yamamoto y cols. (2016) ²⁴	1	2	2	3	2	2	2	14/21
Gursoy y cols. (2016) ²⁵	1	2	2	3	2	0	2	12/21
Fernández y cols. et al (2016) ²⁶	0	2	2	3	2	1	2	12/21
Palomo López y cols. (2016) ²⁷	1	2	2	3	2	1	2	13/21
López López y cols. (2016) ²⁸	1	2	2	3	2	1	2	13/21
Lim y cols. (2015) ²⁹	0	2	2	3	2	0	2	11/21

de que la CV de los pacientes con HV sintomático no tratados fue significativamente menor que la de la población general. Trindade Cardoso y cols. (2019)²³ evaluaron la CV y los parámetros radiológicos después de la corrección quirúrgica de HV. Se aplicaron técnicas quirúrgicas (scarf, Chevron-Akin, Chevron, Arciform) y tras usar un zapato ortopédico ocho semanas, a los cinco años se pasó el SF-36 concluyendo que las diferentes técnicas quirúrgicas usadas para corregir el HV moderado y severo ofrecían una significativa mejora de la CV de los pacientes y de los parámetros radiográficos.

Gursoy y cols. (2016)²⁵ estudiaron los efectos del HV en el dolor, CV, posición y función del retropié en mujeres, destacando que el aumento del ángulo del HV y cambios patomecánicos en el retropié son correlativos, aumentando el dolor y disminuyendo tanto la función como la CV de las mujeres. Por su parte, Lim y cols. (2015)²⁹ compararon la CV y la satisfacción antes y después de la cirugía entre distintas técnicas, entre ellas la de HV, comprobando que la CV aumentaba a los seis meses y a los dos años con respecto al periodo preoperatorio. El estudio de Fernández y cols. (2016)²⁶ muestra la influencia del tratamiento quirúrgico del HV en la CV de los pacientes indicando que el tratamiento quirúrgico del HV al año de la intervención produce un aumento de la CV sin poder mostrar diferencias significativas entre las técnicas abiertas o la técnica percutánea o MIS. González Martín y cols. (2017)²² determinan que la presencia de HV se relaciona con una disminución de la CV y aumento de dolor y limitación funcional en el pie. Palomo López y cols. (2016)²⁷

aplicaron el FHSQ correlacionando los grados de HV según la escala Manchester, apareciendo una disminución de la CV en pacientes con HV a medida que aumenta el grado de HV. Nakagawa y cols. (2019)²⁰ estudiaron la eficacia de las ortesis de resina y etil-vinil-acetato (EVA) en pacientes no operados durante dos años, y se pasó el SF-36 a los 3, 6, 12, 18 y 24 meses, comprobando que dichas ortesis aumentaban la CV de estos pacientes. López López y cols. (2016)²⁸ analizan la CV aplicando el FHSQ a pacientes con diversos grados de HV según Escala de Manchester, y explican que los ancianos presentan un impacto negativo en la CV relacionada con el pie al aumentar el grado de severidad de HV independientemente del género. Finalmente, Formosa y cols. (2017)²³ evalúan la CV en pacientes con HV después de aplicar un vendaje no elástico de óxido de zinc durante cuatro semanas 10 h/día a los pacientes aplicando el FHSQ antes y después, mostrando que la CV mejoró significativamente después de aplicar este tratamiento.

Puntuaciones

En cuanto a las puntuaciones medias de los cuestionarios, la media de las puntuaciones del cuestionario SF-12 fue de 51.3 sobre 100, que es la menor de los cuestionarios utilizados. En el cuestionario SF-36 la media de las puntuaciones da como resultado 58.8 sobre 100, mientras que la puntuación media más alta se obtiene con el cuestionario FHSQ con 62.9 sobre 100.

DISCUSIÓN

El objetivo principal de esta revisión sistemática era conocer la percepción que tiene el paciente con HV sobre su CV a través de los cuestionarios SF-36, SF-12 y FHSQ. En los resultados de este estudio se observa una disminución de la calidad de la vida de los pacientes diagnosticados de HV. Estudios previos coinciden con estos resultados, como el de Hogeia y cols. (2017)³⁰ en su estudio de tipo descriptivo transversal prospectivo aplicaron la Escala Analógica Visual (EVA o VAS en inglés) y el cuestionario *Euro Quality of Life – five dimensions health questionnaire* (EQ-5D) en 56 pacientes con HV y afirman que la calidad de vida de los pacientes con HV está disminuida, pero aumenta tras la cirugía de HV. También coinciden con el estudio descriptivo transversal de Chao y cols. (2017)³¹, donde se analizaron 95 pacientes mediante un cuestionario sobre CV en HV que medía la apariencia, el dolor y la actividad (HV QoL questionnaire), y concluyen que la calidad de vida en los pacientes con HV disminuye, además mostrando que la cirugía es el tratamiento que ofrece mejores resultados.

Se ha comprobado que el cuestionario más utilizado para medir la CV en nuestros resultados es el SF-36, y no solo en este estudio. Este cuestionario es el utilizado no solo por Podología sino por otras disciplinas como Enfermería, Medicina y Fisioterapia^{32,33}. Este resultado podría estar relacionado con la variada cantidad de ítems con la que cuenta el SF-36 y los parámetros medidos, pues abarca tanto el aspecto físico, el psíquico y el social, con lo que da una visión más amplia sobre el individuo. Además, este cuestionario es de tipo general, no específico del pie y su uso está más extendido que el resto de los cuestionarios. El FHSQ, que sí es específico del pie, es el segundo más utilizado en este estudio y uno de los más utilizados como específico del pie³³.

En los resultados se observa que la mayoría de los pacientes incluidos en los estudios con relación al sexo son mujeres. Este resultado coincide con la prevalencia del HV que ocurre más en mujeres^{1-6,24,25}. Esta afectación podría suceder debido al uso de calzado alto con tacón y de puntera estrecha, además muchos estudios sugieren factores familiares. También es común en nuestros resultados, con respecto a otros estudios, que conforme aumenta la edad de los pacientes es mayor la prevalencia de HV^{1-6,22}.

Existen diferencias entre las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios realizados antes de la cirugía de HV y los realizados tras la cirugía, en los cuales la CV aumenta tras la cirugía paulatinamente, siendo mayor a los dos años de la cirugía, lo que muestra la eficacia de la cirugía en el tratamiento del HV como se ha observado en los estudios de Chao y cols. (2017)³¹ y Hogeia y cols. (2017)³⁰. Se han hallado escasos estudios³⁴⁻³⁶ que comparen la CV exclusivamente, después de la aplicación de las distintas técnicas quirúrgicas. La comparación de la CV podría favorecer a los profesionales de la podología en la elección de una u otra técnica. En la actualidad existen estudios que comparan distintas técnicas quirúrgicas de HV, pero sin

esclarecer qué técnica se considera superior. En el estudio de Marí Serna y cols. (2018)³⁵ se comparan las técnicas de cirugía tradicional con la cirugía percutánea o cirugía de mínima incisión (MIS), resultando que ninguna técnica es más efectiva que otra, pero se ha observado que la cirugía MIS reduce el tiempo quirúrgico y el de recuperación. En este estudio no se analiza la calidad de vida de los pacientes. En una revisión sistemática de 25 artículos, Klugarova y cols. (2017)³⁶ comparan distintos procedimientos quirúrgicos para establecer la efectividad de la cirugía en comparación con el tratamiento conservador. Concluyen que la osteotomía distal Chevron del primer metatarsiano es el procedimiento más efectivo comparando con el tratamiento conservador o sin tratamiento durante el primer año.

Se han hallado escasos estudios sobre CV tras la aplicación de tratamientos paliativos en el HV como vendajes u ortesis, ya que la mayoría de los estudios analizan el tratamiento quirúrgico. Hay una falta de conocimiento de la efectividad de los tratamientos paliativos con ambas técnicas y otras como las juaneteras, y comprobar cuáles pueden ser más efectivas para pacientes que no deseen la cirugía o mientras que están a la espera de la operación. En previos estudios, Doty y cols. (2015)³⁷ mostraron que las ortesis plantares no disminuían la presión en la cabeza del primer metatarsiano en pacientes con HV. No se pudo demostrar que el uso de una ortesis disminuyera significativamente las presiones medias en la cabeza del primer metatarsiano. Otras investigaciones como la de Karabicak y cols. (2015)³⁸ estudiaron en 21 mujeres con HV los efectos a corto plazo del kinesiotape en el dolor y la alineación articular, renovando el vendaje a los tres, siete y 10 días, disminuyendo el ángulo del HV y el dolor. Por otro lado, Moloulodi y cols. (2019)³⁹ analizaron en 25 pacientes el ángulo del HV, el rango de movimiento y la satisfacción tras el uso de ortesis tras un mes de uso, y concluyeron que se aumentó el ángulo de movimiento de la primera articulación metatarsofalángica y se redujo el ángulo HV 2-3°.

Se ha observado en este estudio que a mayor grado en la Escala Manchester y mayor angulación en los grados radiológicos de HV, peor CV tienen los pacientes. Estos datos coinciden con otros estudios como los de Hogeia y cols. (2017)³⁰ y otros como el estudio de Iliou y cols. (2016)⁴⁰ en el que se comparan 122 pacientes con HV y 212 sin HV utilizando la escala Manchester y la escala de la sociedad americana de cirugía ortopédica de pie y tobillo (AOFAS), concluyendo que a mayor grado en la Escala Manchester y mayores grados en el ángulo intermetatarsal, peor puntuación en la escala AOFAS.

En cuanto a las puntuaciones de los cuestionarios, en el análisis del cuestionario SF-36, está comprobado que el dolor es el principal motivo que lleva a los pacientes a realizar una cirugía. Sutherland y cols. (2018)⁴¹ analizaron 80 personas con HV que sufrían dolor y que se sometieron a cirugía por dicho motivo, demostrando que además les disminuía la CV.

Es destacable que todos los estudios encontrados sean de tipo cuantitativo y no se haya encontrado ninguno de metodología cualitativa, aunque no estaba entre los objetivos de

esta revisión. En lo que respecta a la CV, es necesario conocer más a fondo cómo se sienten los pacientes y cómo lo expresan, por lo que deberían realizarse estudios cualitativos para dirigir más fielmente a qué dirección debemos llevar los estudios cuantitativos.

Como conclusión, la calidad de vida en los pacientes con HV está disminuida según los resultados de las puntuaciones de los cuestionarios SF-36, SF-12 y FHSQ, pero aumenta tras someter a los pacientes a tratamiento quirúrgico, siendo los factores que influyen en la calidad de vida la edad, el sexo, los valores angulares radiográficos del hallux valgus y el grado de deformidad del hallux valgus en la Escala Manchester. El SF-36 es el cuestionario más utilizado para medir la calidad de vida en los pacientes con hallux valgus, hallándose variabilidad entre las puntuaciones de los distintos cuestionarios y entre los estudios. Dentro de esta revisión se han hallado limitaciones a lo largo de su desarrollo, las cuales han sido que todos los estudios son de tipo observacional descriptivo, por lo que no poseen un alto nivel de evidencia, pudiendo presentar sobre todo sesgos de selección. Además, existe alta heterogeneidad de los estudios, al ser analizados los sujetos de la muestra en distintos países y ser distintos tipos de estudios. Otra limitación se encuentra en que la mayoría de los estudios analizados poseen una muestra pequeña, por lo que es difícil extrapolar resultados. Esta revisión puede presentar diversas aplicaciones clínicas, como conocer la CV, lo cual ayuda a conocer el bienestar subjetivo del paciente, más allá del dolor y otros aspectos físicos. También ofrece ayuda en la mejora de la práctica clínica al poder comparar entre los distintos tratamientos e intervenciones, y además aumenta el conocimiento en cuanto a la CV, ya que es un aspecto todavía poco estudiado en Podología.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

BIBLIOGRAFÍA

- Coughlin MJ, Mann RA, Saltzman CL. Pie y tobillo. Madrid: Marbán; 2011.
- Dayton P, Carvalho S, Egdorf R, Dayton M. Comparison of Radiographic Measurements Before and After Triplane Tarsometatarsal Arthrodesis for Hallux Valgus. *J Foot Ankle Surg.* 2020;59(2):291-97. DOI: 10.1053/j.jfas.2019.08.020.
- Hatch DJ, Santrock R, Smith B, Dayton P, Weill L Jr. Triplane Hallux Abducto Valgus Classification. *J Foot Ankle Surg.* 2018;57(5):972-81. DOI: 10.1053/j.jfas.2018.02.008.
- Viladot-Pericé R, Núñez-Samper- Pizarroso M, Maceira-Suárez EM, Álvarez-Goenaga F. Cirugía del hallux valgus. In: Núñez-Samper-Pizarroso M, Llanos-Alcázar LF, Viladot-Pericé R. Técnicas quirúrgicas en cirugía del pie. Barcelona: Masson; 2003.
- Chao J, Cheng Y, Chen M, Hsiao S, Lin P, Chang C, et al. Factors Affecting Quality Of Life in Patients with Hallux Valgus. *Sch J App Med Sci.* 2017;5(10):4209-17. DOI: 10.21276/sjams.2017.5.10.80.
- Munuera PV, Polo J, Rebollo J. Length of the first metatarsal and hallux in hallux valgus in the initial stage. *Int Orthop.* 2008;32(4):489-95. DOI: 10.1007/s00264-007-0350-9.
- Choi JH, Zide JR, Coleman SC, Brodsky JW. Prospective study of the treatment of adult primary hallux valgus with scarf osteotomy and soft tissue realignment. *Foot Ankle Int.* 2013;34(5):684-90. DOI: 10.1177/1071100712472489.
- Wagner E, Ortiz C, Gould JS, Naranje S, Wagner P, Mococain P, et al. Proximal oblique sliding closing wedge osteotomy for hallux valgus. *Foot Ankle Int.* 2013;34(11):1493-500. DOI: 10.1177/1071100713497933.
- Larholt J, Kilmartin TE. Rotational scarf and Akin osteotomy for correction of hallux valgus associated with metatarsus adductus. *Foot Ankle Int.* 2010;31(3):220-8. DOI: 10.3113/FAI.2010.0220.
- Okuda R, Kinoshita M, Yasuda T, Jotoku T, Kitano N, Shima H. The shape of the lateral edge of the first metatarsal head as a risk factor for recurrence of hallux valgus. *J Bone Joint Surg.* 2007;89(10):2163-72. DOI: 10.2106/JBJS.F.01455.
- Olalla-Cobeña C. Abordaje quirúrgico en el Hallux Abductus Valgus. *REDUCA.* 2013;5(1):67-98.
- Götze M, Hasmann SE, Hofmann UK, Walter C, Mittag F. Preoperative analysis of radiographic findings in 516 patients with hallux valgus deformity. *Acta Ortop. Bras.* 2019;27(1):16-9. DOI: 10.1590/1413-785220192701174203.
- Vilaguta G, Ferrer M, Rajmilb L, Rebollo P, Permanyer-Miraldad G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit.* 2005;19(2):135-50. DOI: 10.1157/13074369.
- 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(20):771-6.
- Bennett PJ, Patterson C. The foot health status questionnaire (FHSQ): a new instrument for measuring outcomes of foot care. *Australasian J Podiatr Med.* 1998;32:55-9.
- Urrutia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: Una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y meta-análisis. *Med Clin (Barc).* 2010;135:507-11. DOI: 10.1016/j.medcli.2010.01.015.
- Mella-Sousa M, Zamora-Navas P, Mella-Laborde M, Ballester-Alfaro JJ, Uceda-Carrascosa P. Niveles de Evidencia Clínica y Grados de Recomendación. *Rev S And Traum y Ort.* 2012;29(1/2):59-7.
- Martinez-Calderon J, Struyf F, Meeus M, Luque-Suarez A. The association between pain beliefs and pain intensity and/or disability in people with shoulder pain: A systematic review. *Musculoskelet Sci Pract.* 2018;37:29-57. DOI: 10.1016/j.msksp.2018.06.010.
- The Newcastle-Ottawa scale (NOS) for assessing the quality of non-randomized studies in meta-analyses [Internet]. The Ottawa Hospital Research Institute. Available in: http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.
- Nakagawa R, Yamaguchi S, Kimura S, Sadamasu A, Yamamoto Y, Muramatsu Y, et al. Efficacy of foot orthoses as nonoperative treatment for hallux valgus: A 2-year follow-up study. *J Orthop Sci.* 2019;24(3):526-31. Doi: 10.1016/j.jos.2018.11.003.
- Cardoso VT, Mansur H, Castro Junior IM. Evaluation of quality of life and radiological parameters after hallux valgus correction. *Sci J Foot Ankle.* 2019;13(1):3-9. DOI: 10.30795/scijfootankle.2019.v13.867.
- Gonzalez-Martin C, Alonso-Tajes F, Pérez-García S, Seoane-Pillado MT, Pertega-Díaz S, Couceiro-Sánchez E. Hallux valgus in a random population in Spain and its impact on quality of life and functionality. *Rheumatol Int.* 2017;37(11):1899-907. DOI: 10.1007/s00296-017-3817-z.
- Formosa MP, Gatt A, Formosa C. Evaluating Quality of Life in Patients with Hallux Abducto Valgus Deformity After a Taping Technique. *J Am Podiatr Med Assoc.* 2017;107(4):287-91. DOI: 10.7547/15-110.
- Yamamoto Y, Yamaguchi S, Muramatsu Y, Terakado A, Sasho T, Akagi R, et al. Quality of Life in Patients With Untreated and Symptomatic Hallux Valgus. *Foot Ankle Int.* 2016;37(11):1171-7. DOI: 10.1177/1071100716655433.
- Gürsoy C, Burcu T, Bek N, Kezban YB. Effects of hallux valgus deformity on rear foot position, pain, function, and quality of life of women. *J Phys Ther Sci.* 2016;28(3):781-7. DOI: 10.1589/jpts.28.781.

26. Fernández O, Sánchez J, Maderuelo JA, Benito E, Ramos LR. Análisis de su influencia sobre la calidad de vida de los pacientes Resultados del tratamiento quirúrgico del hallux valgus. *Rev Pie Tobillo*. 2017;31(1):22-33. DOI: 10.24129/j.rpt.3101.fs1604010.
27. Palomo-López P, De Bengoa-Vallejo RB, Iglesias MEL, Sanz DR, Lobo CC, López-López D. Impact of hallux valgus on the quality of life in women. *Int Wound J*. 2017;14:782-5. DOI: 10.1111/iwj.12695.
28. López-López D, Callejo-González L, Losa- Iglesias ML, Saleta-Canosa JL, Rodríguez-Sanz D, Calvo-Lobo C et al. Quality of Life Impact Related to Foot Health in a Sample of Older People with Hallux Valgus. *Aging and Disease*. 2016;7(1):45-52. DOI: 10.14336/AD.2015.0914.
29. Lim T, Chou A, Yeo W, Nung N, Chia S, Lin Chin P, et al. Comparison of patient quality of life scores and satisfaction after common orthopedic surgical interventions. *Eur J Orthop Surg Traumatol*. 2015;25(6):1007-12. DOI: 10.1007/s00590-015-1635-0.
30. Hogeia LM, Hogeia BG, Nussbaum LA, Grigoraş ML, Andor BC, Levai CM, et al. Health-related quality of life in patients with hallux valgus. *Rom J Morphol Embryol*. 2017;58(1):175-179.
31. Chao JM, Cheng YM, Chen M, Hsiao S, Lin P, Chang C, et al. Factors Affecting Quality Of Life in Patients with Hallux Valgus. *Sch J App Med Sci*. 2017;5(10):4209-17. DOI: 10.21276/sjams.2017.5.10.80.
32. Merlo-González E. Valoración de la calidad de vida en los pacientes crónicos pluripatológicos. *Rev Iberoam Enferm Comunit*. 2018;11(1):46-56.
33. Tamayo-Peña DI, Bravo-Acosta T, Fernández- Fondín L, Coronados-Valldares Y, Pérez-Díaz JC. Influencia del tratamiento rehabilitador en la calidad de vida de los pacientes con cervicalgia mecánica. *Rev Cub Med Fis y Rehab*. 2018;10(1):98-108.
34. López-López D, Becerro de Bengoa Vallejo R, Losa-Iglesias ME, Palomo-López P, Rodríguez- Sanz D, Brandariz-Pereira JM, et al. Evaluation of foot health related quality of life in individuals with foot problems by gender: A cross-sectional comparative analysis study. *BMJ Open*. 2018; 8(10):e023980. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-023980.
35. Marí-Serna I, Navarro-Flores E. Eficacia de las técnicas quirúrgicas en el Hallux Abductus Valgus mediante aplicación de escala de la American Orthopedic Foot and Ankle Society: Revisión bibliográfica. *Eur J Pod*. 2018;4(2):60-6.
36. Klugarova J, Hood V, Bath-Hextall F, Klugar M, Mareckova J, Kelnarova Z. Effectiveness of surgery for adults with hallux valgus deformity: a systematic review. *JBIS Database System Rev Implement Rep*. 2017;15(6):1671-710. DOI: 10.11124/JBISRIR-2017-003422.
37. Doty JF, Alvarez RG, Ervin TB, Heard A, Gilbreath J, Richardson NS. Biomechanical Evaluation of Custom Foot Orthoses for Hallux Valgus Deformity. *J Foot Ankle Surg*. 2015;54(5):852-5. DOI: 10.1053/j.jfas.2015.01.011.
38. Karabicak GO, Bek N, Tiftikci U. Short-Term Effects of Kinesiotaping on Pain and Joint Alignment in Conservative Treatment of Hallux Valgus. *J Manipulative Physiol Ther*. 2015;38(8):564-71. DOI: 10.1016/j.jmpt.2015.09.001.
39. Moulodi N, Kamyab M, Farzadi M. A comparison of the hallux valgus angle, range of motion, and patient satisfaction after use of dynamic and static orthoses. *The Foot*. 2019;41:6-11. DOI: 10.1016/j.foot.2019.06.002.
40. Iliou K, Paraskevas G, Kanavaros P, Barbouti A, Vrettakos A, Gekas C, et al. Correlation between Manchester Grading Scale and American Orthopaedic Foot and Ankle Society Score in Patients with Hallux Valgus. *Med Princ Pract*. 2016;25(1):21-4. DOI: 10.1159/000440809.
41. Sutherland JM, Wing K, Penner M, Younger A, Liu G, Veljkovic A, et al. Quantifying Patient-Reported Disability and Health While Waiting for Bunion Surgery. *Foot Ankle Int*. 2018;39(9):1047-55. DOI: 10.1177/1071100718772037.