



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.
Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas.
“Dr. Ignacio Chávez.”
División de estudios de posgrado.



Instituto Mexicano del Seguro Social.
Delegación regional en Michoacán
Unidad de medicina familiar. N° 80.

**“Impacto en la calidad de vida en pacientes con insuficiencia
venosa crónica U.M.F. N°80.”**

Tesis

Para obtener el grado de:
Especialista en medicina familiar.

Presenta:

Estela Nuñez Pineda.
Médico cirujano y partero.

Asesor:

Dra. Leticia Duarte Pedraza.
Médico especialista en medicina familiar.

Coasesor:

Dr. José Alfredo Valdovinos Estrada.
Médico especialista en angiología.

Coasesor estadístico:

Mat. Carlos Gómez Alonso.
Analista coordinador “A”

Morelia, Michoacán. 2012

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Dr. Luis Estrada Salazar.
Coordinador delegacional de educación en salud.

Dr. Benigno Figueroa Núñez.
Coordinador delegacional de investigación en salud.

Dra. Oliva Mejía Rodríguez.
Coordinador clínico de educación e investigación médica.
U.M.F. N° 80.

Dra. Leticia Duarte Pedraza
Profesor titular de la especialidad de medicina familiar.
U.M.F. N° 80.

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Dr. Víctor Manuel Farías Rodríguez.
Jefe de la división de estudios de posgrado.
Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas. “Dr. Ignacio Chávez.”

Dr. Rafael Villa Barajas.
Coordinador de la especialidad en medicina familiar.
Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas. “Ignacio Chávez”

Este trabajo se realizó en el Instituto Mexicano del Seguro Social; Unidad de medicina familiar N° 80 Morelia, Michoacán. México. Servicio de consulta externa.

Investigador Principal:

Estela Núñez Pineda.

Médico residente del curso de especialidad en medicina familiar.

Adscrito a la unidad de medicina familiar N° 80.

Morelia, Michoacán. México.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Asesor:

Dra. Leticia Duarte Pedraza.

Médico especialista en medicina familiar.

Coasesor:

Dr. José Alfredo Valdovinos Estrada.

Médico especialista en angiología.

Coasesor Estadístico:

Mat. Carlos Gómez Alonso.

Analista coordinador "A"

AGRADECIMIENTO

A las personas que hicieron posible este trabajo:

Dra. Leticia Duarte Pedraza.

Dr. José Alfredo Valdovinos Estrada.

Mat. Carlos Gómez Alonso.

Dra. Oliva Mejía Rodríguez.

Dr. Benigno Figueroa Núñez.

Dr. Víctor Manuel Farías Rodríguez.

Dr. Rafael Villa Barajas.

Dra. Ma. del Socorro Uribe Díaz. †

DEDICATORIA

A Dios por la vida y salud.

A mis padres Angel y Elda por su apoyo

A mi esposo S. Obed e hijos Yael y Kevin por su amor y paciencia.

A mis amigos por su amistad, gracias.

I. ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO.

	Páginas.
I. Índice general.....	1
II. Relación de figuras.....	2
III. Resumen.....	3
IV. Abstract.....	4
V. Abreviaturas.....	5
VI. Glosario.....	6
VII. Introducción.....	9
VIII. Antecedentes.....	10
IX. Planteamiento del problema.....	17
X. Justificación.....	18
XI. Objetivos.....	19
XII. Material y métodos.....	20
XIII. Resultados.....	27
XIV. Discusión.....	37
XV. Conclusiones.....	39
XVI. Sugerencias.....	40
XVII. Bibliografía.....	41
XVIII. Relación anexos.....	43

II. RELACIÓN DE FIGURAS.

- Figura 1 Diferencias mediante la t de Student entre las ocho puntuaciones del SF-36 y el género.
- Figura 2 Chi cuadrado de Pearson para asociar las categorías de terciles al género en el dominio de la función física del SF-36.
- Figura 3 Chi cuadrado de Pearson para asociar las categorías de terciles al género en el dominio del rol físico del SF-36.
- Figura 4 Chi cuadrado de Pearson para asociar las categorías de terciles al género en el dominio de dolor corporal del SF-36.
- Figura 5 Chi cuadrado de Pearson para asociar las categorías de terciles al género en el dominio de salud general del SF-36.
- Figura 6 Chi cuadrado de Pearson para asociar las categorías de terciles al género en el dominio de vitalidad del SF-36.
- Figura 7 Chi cuadrado de Pearson para asociar las categorías de terciles al género en el dominio de función social del SF-36.
- Figura 8 Chi cuadrado de Pearson para asociar las categorías de terciles al género en el dominio de rol emocional del SF-36.
- Figura 9 Chi cuadrado de Pearson para asociar las categorías de terciles al género en el dominio de función social del SF-36.

III. RESUMEN.

INTRODUCCIÓN. La insuficiencia venosa crónica ocasiona un deterioro progresivo y significativo en la calidad de vida de quien la padece.

OBJETIVO. Evaluar el impacto en la calidad de vida en pacientes con insuficiencia venosa crónica por medio del cuestionario SF-36.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio observacional, tipo encuesta. Población:125 pacientes con insuficiencia venosa crónica. Muestreo: no probabilístico por conveniencia. Metodología:para el análisis descriptivo de las características sociodemográficas y clínicas media,frecuencia y porcentaje. t de Student para la diferencia entre las puntuaciones de los ocho dominios del SF-36 y el género.Categorización de la calificación en terciles: bajo, regular y bueno. Chi cuadrado de Pearson para asociar la categorización al género.

RESULTADOS.125 participantes,81.6 % del sexo femenino y 18.4 % del masculino, edad promedio 46.3 años, 92.8% casados,66.4% con primaria, 51.2% con antecedentes familiares, 67.2 % antecedente de embarazo, 66.4%tiene obesidad, 82.4% no realiza ejercicio, 72%con 6-10 años de evolución, el 15.2%con incapacidad parcial, lossíntomas predominantes 48.8%pesadez,27.2%dolor y 16% cansancio,relación puntuación media masculino / femenino del SF-36: salud general 47/48,dolor corporal 73/68,función física 73/68,vitalidad 84/80,rol físico 92/78, función social 88/85,salud mental 88/85 y rol emocional 89/88.

CONCLUSIONES: La insuficiencia venosa crónica afecta los dominios relacionados con el rol físico no así el emocional disminuyendo la calidad de vida de quien la padece.

Palabras clave: Calidad de vida, Encuesta, Insuficiencia Venosa.

IV. ABSTRACT

INTRODUCTION. Chronic venous insufficiency causes a progressive and significant deterioration in the quality of life of those suffering.

OBJETIVE. Assess the impact on quality of life in patients with chronic venous insufficiency by the SF-36

MATERIAL AND METHODS. Observational, survey type. Population: 125 patients with chronic venous insufficiency. Sampling: non-probabilistic convenience. Methodology: For the descriptive analysis of demographic and clinical characteristics average frequency and percentage. t-test for the difference between the scores of eight domains of the SF-36 and gender. Rating categorization into tertiles: low, regular and good. Pearson Chi-Square to associate the gender categorization.

RESULTS. 125 participants, 81.6% female and 18.4% male, mean age 46.3 years, 92.8% married, 66.4% with primary, 51.2% with family history, history of pregnancy 67.2%, 66.4% are obese, 82.4% did not exercise, 72% with 6-10 years of evolution, 15.2% with partial disability, the predominant symptoms weight 48.8%, 27.2% and 16% pain, fatigue, average score ratio male / female SF-36: 47/48 overall health, 73/68 bodily pain, physical function 73/68, 84/80 vitality, physical role, 92/78, 88/85 social function, 88/85 mental health and emotional role 89/88.

CONCLUSION. Chronic venous insufficiency affects related domains physical role but not reducing the emotional quality of life of sufferers.

Keywords: Quality of Life, Survey, Venous Insufficiency.

V. ABREVIATURAS

CV: Calidad de vida

CVRS : Calidad de vida relacionada con salud

IVC: Insuficiencia venosa crónica

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

MMII: Miembros inferiores

SF-36 Short Form -36 Health Survey

OMS: Organización Mundial de la Salud

UMF: Unidad de medicina familiar

VI. GLOSARIO

Atrofia blanca: áreas de piel atrófica circunscrita a menudo como unos círculos blanquecinos y rodeados de manchas capilares dilatadas y algunas veces hiperpigmentación. Este es un signo de enfermedad venosa severa.

Eccema: cambio cutáneo eritematoso, vesiculoso, trasudativo o erupción escamosa de la piel de la pierna. Esta localizado frecuentemente cerca de las venas varicosas, pero puede estar localizado el cualquier lugar de la pierna; el eccema es usualmente debido a enfermedad venosa crónica y sensibilización a terapia local.

Edema: incremento del volumen de líquido en el tejido subcutáneo caracterizado por signo de Godete. El edema venoso usualmente ocurre en la región del tobillo y es ascendente.

Calidad de vida: de acuerdo a la OMS; la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y sistema de valores en el que vive y con respecto a sus objetivos, expectativas.

Discapacidad: según la OMS; toda restricción resultado de una deficiencia, de la habilidad para desarrollar una actividad considerada normal para un individuo.

Hipertensión venosa: es la tensión aumentada del sistema venoso en este caso refiriéndose a los miembros pélvicos la cual se incrementa con diversos factores como son : la bipedestación, obesidad , posturas forzadas y otras más.

Insuficiencia Venosa Crónica: es una enfermedad en la cual las venas son disfuncionales para transportar la sangre unidireccionalmente hacia el corazón, con un reflujo que se adapta a las necesidades de drenaje tisular, la regulación de la temperatura y la reserva hemodinámica, independientemente de su posición y actividad.

Lipodermoesclerosis: es un signo de enfermedad venosa severa, caracterizada por fibrosis e inflamación crónica de la piel, tejido subcutáneo y algunas veces la fascia.

Pigmentación: oscurecimiento ocre de la piel usualmente ocurre en la región del tobillo, pero puede extenderse al pie y pierna. Este es un cambio temprano en la piel.

Prueba de torniquete (o Trendelenburg): evalúa el reflujo a través de venas perforantes y de las venas superficiales. Se realiza con el paciente acostado para vaciar las venas de las extremidades inferiores, puede realizarse a un lado de la cama para ayudar a distinguir entre el reflujo superficial o el profundo. La posición de pie se reinstala con un torniquete o compresión manual a varios niveles. En presencia de enfermedad superficial, las venas varicosas permanecen colapsadas si la compresión es más proximal o cefálica al punto de reflujo. Con insuficiencia venosa profunda (o combinada), las venas varicosas aparecerán a pesar del uso del torniquete o la compresión manual.

Prueba de Perthes: es una prueba para explorar la permeabilidad del sistema venoso profundo. Se coloca un torniquete a nivel del tercio medio del muslo que comprime la circulación venosa superficial, se invita al paciente a caminar y se observa el comportamiento de las venas existentes por debajo del torniquete. Si las varices se hacen prominentes y el sujeto nota molestias progresivas, ello indicara que hay una dificultad al retorno venoso profundo al excluirse el sistema superficial por el torniquete. Si las varices no se hacen especialmente prominentes, la maniobra indica una buena permeabilidad del sistema profundo.

Telangiectasia: es una confluencia de vénulas intradérmicas dilatadas permanentemente de menos de 1 mm de diámetro. Estas normalmente serian visibles a 2 metros bajo condiciones adecuadas de iluminación.

Úlcera venosa: falta de continuidad crónica de la piel, el cual fracasa para cicatrizar espontáneamente debido a enfermedad venosa crónica.

Venas reticulares: venas azuladas subcutáneas permanentemente dilatadas de 1 mm y menores de 3 mm de diámetro. Son usualmente tortuosas. Estas excluyen venas normales visibles con piel transparente.

Venas varicosas: venas subcutáneas permanentemente dilatadas de 3 o más mm. De diámetro en bipedestación. Estas pueden ser venas varicosas tronculares, tributarias y las dependientes de la safena.

Vida sedentaria: el que no hace como mínimo 30 minutos de actividad física, al menos moderada, en casi todos los días de la semana

VII. INTRODUCCIÓN

La insuficiencia venosa crónica constituye una condición clínica con sustanciales implicaciones epidemiológicas, sintomatología limitante e incapacidad laboral; provocando un deterioro progresivo en la calidad de vida de quien la padece.

El estudio Framingham muestra una incidencia anual del 2,6% entre las mujeres y 1,9% entre los hombres. Ante esta información, el comité de la sociedad de cirugía vascular y la sociedad internacional de cirugía cardiovascular concluyeron, en una de sus revisiones, que era necesario comprender de forma integral la patología venosa, por lo que conocer las consecuencias de esta enfermedad sobre la calidad de vida debiera ser uno de los objetivos principales en futuros estudios.

La calidad de vida es un concepto básicamente referido al tipo de respuesta individual y social ante un conjunto de situaciones reales de la vida diaria. Así, aunque se evalúan los componentes de bienestar objetivo, se considera primordial la percepción y estimación de ese bienestar objetivo, el análisis de los procesos que conducen a esa satisfacción y los elementos integrantes de la misma.

Existe una tendencia general y creciente a evaluar las consecuencias de una enfermedad crónica y de sus tratamientos en términos de la influencia de los mismos en la calidad de vida, ante esta perspectiva es necesario conceptualizar la calidad de vida y el bienestar psicológico como variables tan relevantes como la mejoría de los síntomas clínicos.

La insuficiencia venosa crónica es una condición frecuente en nuestro país, pero se tienen pocos estudios sobre su impacto en el funcionamiento físico y emocional, y por lo tanto calidad de vida en nuestra población.

El objetivo del presente estudio es evaluar la calidad de vida en pacientes con insuficiencia venosa crónica por medio del cuestionario SF-36, en la población de 20 a 59 años atendida en el primer nivel de atención de la UMF 80 de Morelia, Michoacán.

VIII. ANTECEDENTES

El consenso internacional del comité de enfermedades venosas crónicas de la sociedad de cirugía vascular y la sociedad internacional de cirugía cardiovascular capítulo Norteamérica definen a la insuficiencia venosa crónica (IVC) como una “función anormal del sistema venoso causada por incompetencia valvular con o sin obstrucción del flujo venoso de salida, lo cual puede afectar al sistema venoso superficial, al sistema venoso profundo o ambos. La disfunción venosa puede ser resultado de desórdenes adquiridos o congénitos”.⁽¹⁾

La insuficiencia venosa crónica es la enfermedad vascular más frecuente, afecta al 20-30% de la población adulta de acuerdo a un estudio realizado en Estados Unidos.⁽²⁾ El estudio Framingham muestra una incidencia anual del 2,6% entre las mujeres y 1,9% entre los hombres. La mayoría de los estudios han demostrado que la IVC es más frecuente en el sexo femenino que en el masculino.⁽³⁾

Se desconocen las causas de la IVC, aunque se la ha asociado con la dilatación y la deformidad venosas y con la insuficiencia valvular venosa.⁽⁴⁾

El mecanismo implicado en la aparición de la IVC es la incompetencia de las válvulas venosas, secundaria a la destrucción de las mismas por un defecto idiopático de la pared venosa que produciría una dilatación excesiva y la separación de las válvulas agregar defectos de la pared.⁽⁵⁾

Los factores de riesgo en los que se ha encontrado asociación con la presencia de IVC son: incremento de la presión venosa causada por bipedestación prolongada, vida sedentaria incremento de la presión intraabdominal, factores congénitos y familiares.⁽⁶⁾

El primer síntoma es la sensación de aumento de peso en las piernas, posteriormente aparece edema, dolor y dilatación de las venas de las extremidades inferiores.⁽⁷⁾

La IVC se manifiesta con uno o varios de los siguientes síntomas: pesantez, dolor, prurito, cansancio y calambres musculares en miembros inferiores; estos son síntomas que empeoran con el ortostatismo o con el calor y, mejoran con el decúbito, el frío y mediante la elevación de las extremidades inferiores. ⁽⁸⁾

La clasificación de Nicolaidis conocida como CEAP, los signos clínicos (C), la etiología (E), la distribución anatómica (A) y las condiciones fisiológicas (P, por "physiological" en inglés) es la que proporciona una información más completa y objetiva de la IVC, la cual se describe a continuación. ⁽⁹⁾

Clasificación clínica de la insuficiencia venosa. Clasificación de Nicolaidis

La letra C evalúa los hallazgos clínicos	
C0	no hay signos visibles o palpables de lesión venosa
C1	presencia de telangiectasias o venas reticulares
C2	Varices
C3	Edema
C4	Cambios cutáneos relacionados con la patología venosa (p.Ej: pigmentación, lipodermatosclerosis...) sin ulceración 4a Pigmentación o eccema 4b Lipodermatoesclerosis o atrofia blanca: mayor predisposición para el desarrollo de úlceras venosas
C5	Cambios cutáneos con úlcera cicatrizada
C6	Cambios cutáneos con úlcera activa
Después del número se escribe la letra "A" si el paciente está asintomático y "S" si presenta síntomas	
La letra E se refiere a la etiología	
Ec	Enfermedad congénita
Ep	Enfermedad primaria o sin causa conocida
Es	Enfermedad secundaria o con causa conocida (p. Ej: postraumatismo, Síndrome Postrombótico...)
La A describe los hallazgos anatómicos encontrados con el Eco-Doppler.	
	Venas superficiales (As)*
	Venas profundas (Ap)*
	Venas perforantes*
* Se añade un número en función de la vena afectada	
La P hace referencia a la fisiopatología	
PR	Reflujo
PO	Obstrucción
PR,O	Ambos

Se recomienda usar la clasificación de CEAP, ya que proporciona un sistema de documentación de la gravedad de la IVC. ⁽¹⁰⁾

El diagnóstico de la enfermedad en estadios tempranos mejora el pronóstico y la evolución de la enfermedad, disminuyendo los signos y síntomas de la misma. Existen distintas maniobras exploratorias para detectar el sistema venoso incompetente (Prueba de Trendelenburg, Maniobra de Perthes) basadas en el uso de torniquetes, que no son adecuadas para la valoración de la patología venosa, ya que presentan baja especificidad 15% y 20% respectivamente, y son difíciles de interpretar cuando las venas varicosas no son prominentes. ⁽¹¹⁾

El ultrasonido doppler dúplex es el estudio de exploración no invasivo que aporta mayor información sobre IVC. ⁽¹²⁾ Presenta una especificidad entre el 73 y 92%, con una sensibilidad entre el 80 y 97%. En el momento que se objetive reflujo, es necesario el eco-doppler para localizar la insuficiencia venosa El papel principal del estudio ultra sonográfico dúplex es identificar la localización de las válvulas incompetentes o de las venas obstruidas. ⁽¹³⁾

La calidad de vida, para poder evaluarse, debe reconocerse en su concepto multidimensional que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, así como situación económica. Es por ello que la calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del "sentirse bien." En el área médica el enfoque de calidad de vida se limita a la relacionada con la salud. (Health-Related Quality of Life). Este término permite distinguirla de otros factores y está principalmente relacionado con la propia enfermedad o con los efectos del tratamiento. ⁽¹⁴⁾

La calidad de vida (CV) evalúa diferentes áreas de la vida del individuo, que pueden ser afectadas por la presencia de una enfermedad y usualmente no cuantificadas por los indicadores clásicos, lo que ayuda a un mayor conocimiento de la historia natural de las enfermedades. ⁽¹⁵⁾

El desarrollo del estudio de CV y de la CVRS correspondió a la necesidad de más y mejores indicadores clínicos, variables susceptibles de medición que evalúan el nivel de salud y sus cambios, en un individuo o en una población determinada. Esta necesidad se ha asociado al aumento de la esperanza de vida, y al aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas o invalidantes. ⁽¹⁶⁾

La OMS define a la calidad de vida como “La percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y sistema de valores en el que vive y con respecto a sus objetivos, expectativas, estándares e intereses” Este concepto multidimensional engloba la salud física, la capacidad funcional, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y las creencias personales desde una evaluación subjetiva. ⁽¹⁷⁾

La calidad de vida relacionada con la salud incorpora la percepción del paciente como una necesidad en la evaluación de resultados en salud. Como vive la gente sus problemas de salud y cómo se pueden intentar corregir estos. ⁽¹⁸⁾

En los servicios de salud la CVRS es una variable de interés. Tiene una asociación clara y consistente con la mortalidad, la hospitalización, utilización de los servicios de atención primaria y consumo de recursos sanitarios. Es también la comprobación empírica de que su asociación con los indicadores fisiopatológicos de una enfermedad utilizados con más frecuencia en la clínica es débil o en el mejor de los casos moderada. Además se convierte en un objetivo terapéutico especialmente en pacientes con una esperanza de vida limitada, o cuando la terapia no busca tanto la mejoría biológica sino un incremento del afrontamiento o del adaptación del paciente a la enfermedad. ⁽¹⁹⁾

Las dimensiones que son importantes para la medición de la CVRS son el funcionamiento social, físico, cognitivo, la movilidad y el cuidado personal, así como el bienestar emocional. Algunos componentes de estos componentes no pueden ser observados directamente, éstos se evalúan a través de cuestionarios que contienen grupos de preguntas. Cada pregunta

representa una variable que aporta un peso específico a una calificación global, para un factor o dominio. ⁽²⁰⁾

Entre las escalas de calidad de vida las más ampliamente utilizadas en IVC se encuentran el SF-36 el cual está compuesto por 36 preguntas que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud.

El cuestionario final cubre 8 escalas: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental, que representan los conceptos de salud y los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento. Incluye un reactivo que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año. Las dimensiones del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud.

El contenido de las ocho escalas se resume de la siguiente manera:

- ***Función Física:*** mide el grado en que la salud limita las actividades físicas, tales como el auto cuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, tomar o llevar cargas y la realización de esfuerzos moderados e intensos.
- ***Rol Físico:*** valora el grado en el que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias lo que incluye rendimiento menor que el deseado, la limitación en tipo de actividades realizadas o en la dificultad en la realización de actividades.
- ***Dolor corporal:*** valora la intensidad de dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en ésta
- ***Salud General:*** proporciona una valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse.
- ***Vitalidad:*** cuantifica el sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio o agotamiento.

- **Función Social:** mide el grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
- **Rol Emocional:** valora el grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.
- **Salud Mental:** mide la salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional.

El cuestionario ha sido utilizado en México con buenos resultados, siendo consistente en su validez y confiabilidad de forma satisfactoria. ⁽²¹⁾

En la literatura médica americana y europea existen reportes sobre el impacto de la insuficiencia venosa crónica en la calidad de vida, encontrándose al menos siete estudios que han usado el cuestionario SF-36 ⁽²²⁾ para el fin descrito, esta herramienta es un cuestionario genérico para evaluar la calidad de vida de una determinada población, considerándose una de las más útiles y usadas en nuestros días. Los resultados de estos estudios concluyen que la insuficiencia venosa crónica tiene un sustancial efecto sobre los aspectos físicos de la salud pero no sobre los componentes mentales de ésta. ⁽²³⁾

La IVC es una enfermedad de evolución crónica, ocasiona un deterioro progresivo y significativo de la calidad de vida de los pacientes que la padecen. Constituye una condición clínica con substanciales implicaciones epidemiológicas, y es causa también de sintomatología limitante e incapacidad laboral con importantes repercusiones económicas debido al número de bajas laborales e ingresos hospitalarios que genera. ⁽²⁴⁾

Esta situación trae como resultado problemas médicos y económicos sustanciales. La demanda de servicios de salud por insuficiencia venosa crónica es inmensa, en Francia, es la séptima causa de consulta médica. ⁽²⁵⁾

El costo de esta enfermedad para la sociedad es enorme, excediendo los 10 millones de euros por millón de habitantes por año, en países como Francia, Italia ⁽²⁶⁾ e Inglaterra. ⁽²⁷⁾ En los Estados Unidos de América se reporta un total de 150,000 casos nuevos por año, lo que representa para el sistema de salud americano más de medio billón de dólares. ⁽²⁸⁾ En México no se tienen registros sobre los costos que ocasiona esta patología.

La insuficiencia venosa crónica es una condición frecuente en México y motiva que los servicios de angiología y cirugía vascular de los hospitales institucionales o privados tengan un gran número de pacientes. Con el sistema único de vigilancia epidemiológica de la secretaría de salud es posible observar el comportamiento de enfermedades como la insuficiencia venosa crónica durante el 2000 se reportaron, en México, 232,260 casos, con una tasa de 233.27 por 100,000 habitantes, según datos ofrecidos por la secretaría de salud, lo que nos indica que esta patología es una condición frecuente en nuestro país. ⁽²⁹⁾

La población derechohabiente reportada en el 2008 en la UMF 80 de Morelia, Michoacán es de 95 669 en el grupo de edad de 20-59 años. De acuerdo al sistema de información de atención integral a la salud, de la delegación de prestaciones médicas en la UMF 80 durante el 2006 se documentaron 481 nuevos casos de IVC, en el 2007 623 nuevos casos y durante el 2008 635 nuevos casos, por lo cual la tasa que corresponde a este último año es de 663.74 por 100, 000 habitantes. Quizás uno de los aspectos menos estudiados en relación con la IVC sea la calidad de vida a pesar de la alta prevalencia, morbilidad y los costos que esta enfermedad ocasiona. En España se realizó un estudio en el cual es evidente que la calidad de vida es mermada por la insuficiencia venosa. ⁽³⁰⁾ En México un estudio realizado en la UMF 28 determino que los pacientes con IVC tienen mala calidad de vida. ⁽³¹⁾

IX. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La insuficiencia venosa crónica se define como una función anormal del sistema venoso causado por incompetencia valvular con o sin obstrucción del flujo venoso de salida, lo cual puede afectar al sistema venoso superficial, a los sistemas venosos profundos o ambos. La disfunción venosa puede ser resultado de desórdenes adquiridos o congénitos.

La insuficiencia venosa crónica (IVC) es una de la patología común del mundo occidental acompañada de una significativa morbilidad y discapacidad, debido a la gran cantidad de síntomas y signos clínicos asociados.

La calidad de vida es un concepto que representa las respuestas individuales a los efectos físicos, mentales y sociales que la enfermedad y su tratamiento producen en la vida cotidiana de los pacientes. Mediante su evaluación nos permite identificar problemas funcionales y emocionales no detectados en la evaluación clínica convencional. Las medidas de calidad de vida son de utilidad, tanto en la evaluación diagnóstica, como en la valoración de las necesidades de recursos de atención y tratamiento de los pacientes.

La evaluación de la calidad de vida en los pacientes con IVC proporciona información del impacto global de la enfermedad y permite reconocer la auto percepción de la mejora o deterioro de su estado funcional para cuantificar en forma efectiva sus problemas de salud.

A pesar de la alta prevalencia, morbilidad y los costos que esta enfermedad ocasiona, se desconoce su impacto sobre el funcionamiento físico y emocional de los pacientes con insuficiencia venosa crónica en nuestra población usuaria, en el primer nivel de atención.

Por lo anterior me planteo la siguiente pregunta:

¿Cuál es el impacto en la calidad de vida que ocasiona la insuficiencia venosa crónica en el primer nivel de atención?

X. JUSTIFICACIÓN

La insuficiencia venosa crónica es una condición frecuente en México y motiva que el servicio de medicina familiar, angiología y cirugía vascular de los hospitales institucionales tengan un gran número de pacientes. De acuerdo al sistema de información de atención integral a la salud, de la delegación de prestaciones médicas en la U.M.F.Nº80 se observa un incremento en la prevalencia de la IVC con una tasa de 663.74 por 100,000 habitantes durante el 2008. A pesar de ello uno de los aspectos menos estudiados en la IVC es la calidad de vida.

La IVC es una enfermedad de evolución crónica, ocasiona un deterioro progresivo y significativo de la calidad de vida de los pacientes que la padecen. Constituye una condición clínica con substanciales implicaciones epidemiológicas, y es causa también de sintomatología limitante e incapacidad laboral.

El médico familiar es el primer contacto de atención de pacientes con IVC, por ello es importante conocer las características epidemiológicas de la enfermedad y sus implicaciones sobre el individuo, además de que nos ayudara iniciar el tratamiento oportuno y retardar las complicaciones que afecten la calidad de vida de nuestros pacientes, y su tarea principal consiste en seleccionar aquellos casos que realmente se pueden beneficiar de una atención especializada de todo el resto que es tratable desde nuestra consulta.

El conocer las características de la población afectada por la enfermedad y el impacto en la calidad de vida servirá como herramienta para disminuir las complicaciones al identificar los factores de riesgo y con ello establecer estrategias del cuidado, rescate y preservar la salud del paciente.

El presente estudio evalúa el impacto en la calidad de vida en pacientes con insuficiencia venosa crónica por medio del cuestionario SF-36, en pacientes de 20 a 59 años atendida en el primer nivel de atención de la U.M.F.Nº 80 de Morelia, Michoacán.

XI. OBJETIVOS

Objetivo general:

1. Evaluar la calidad de vida en pacientes con insuficiencia venosa crónica por medio del cuestionario SF-36.

Objetivos específicos:

1. Conocer los factores sociodemográficos y clínicos en pacientes con insuficiencia venosa crónica.
2. Conocer las diferencias mediante la t de student entre las puntuaciones de los ocho dominios del SF- 36 y el género.
3. Categorización de la calificación del SF36 en terciles y establecer las diferencias mediante la Chi cuadrado de Pearson al género

XII. MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Estudio observacional, tipo encuesta.

Población de estudio

Se incluyeron a pacientes con diagnóstico de IVC que acudieron a atención médica en la consulta externa del servicio de la U.M.F.Nº 80 del IMSS, Delegación Michoacán.

Selección de la muestra

Muestreo no probabilístico por conveniencia

Tamaño de la muestra

Se realizaron 125 encuestas de acuerdo a la fórmula para población finita:

$$n = \frac{N}{1 + \frac{Ne^2}{N}} \quad (*)$$

Donde:

n Es el tamaño de la muestra a obtener.

N Población finita ó número de casos.

e Error de estimación que está en condiciones de aceptar.

Para el caso que nos importa el total de casos nuevos de insuficiencia venosa crónica durante el 2008 es de 635 en el grupo de edad de 20-59 años e acuerdo al sistema de información de atención integral a la salud, de la delegación de prestaciones médicas

El error que estamos dispuestos a tolerar es de un 8 % (0.08)

Sustituyendo en la fórmula * queda:

$$n = \frac{635}{1 + \frac{635 \cdot (0.08)^2}{N}}$$

$$n = \frac{635}{1 + \frac{635 \cdot 0.0064}{N}}$$

$$n = \frac{635}{1 + 4.064}$$

$$n = \frac{635}{5.064}$$

$$n = 125$$

Por lo tanto se requieren de 125 pacientes.

Criterios de Selección

*** Criterios de inclusión**

- Derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social
- Que acudan a la consulta externa de medicina familiar de la U.M.F.Nº 80
- Con diagnóstico de IVC
- Ambos sexos
- De 20 a 59 años de edad
- Que acepten participar en el estudio y hayan firmado carta de consentimiento informado

*** Criterios de no inclusión**

- Menores de 20 y Mayor de 60 años.
- Mujeres embarazadas.
- Pacientes portadores de diabetes mellitus.
- Pacientes con enfermedades psiquiátricas.
- Pacientes tratados con diuréticos

*** Criterios de eliminación**

Para la encuesta de calidad de vida

- Pacientes con deterioro cognitivo
- Pacientes considerados como poco proclives a cooperar plenamente en el estudio

Variables del estudio

Dependiente:

Calidad de vida

Independiente:

Insuficiencia venosa crónica

Metodología

Se realizaron 125 encuestas a derechohabientes adscritos a la U.M.F.Nº 80 de Morelia, Michoacán con diagnóstico de insuficiencia venosa crónica que acudieron a solicitar consulta en el primer nivel de atención, dentro del periodo 01 de enero de 2008 al 30 de septiembre de 2010 el grupo de edad de los entrevistados correspondió de 20 a 59 años; se invitaron a participar y firmaron consentimiento informado con anticipación.

Se diseñó un formato de recolección de datos específico para este estudio, de los factores asociados de la Insuficiencia Venosa Crónica, el cual incluyó: edad, sexo, índice de masa corporal, estado civil, escolaridad, ocupación, antecedentes familiares de enfermedad venosa, años de evolución de la enfermedad, factores de riesgo de enfermedad venosa (embarazo y ortostatismo laboral.), si acostumbra a hacer ejercicios físicos en la actualidad (si realizó o no), grado de incapacidad laboral (total, parcial o sin incapacidad), síntoma predominante (cansancio en las piernas, pesadez, calambres, ardor, prurito, dolor, artralgias y además se incluyen los asintomáticos). (Anexo 1)

Para evaluar la calidad de vida en pacientes con IVC se realizó por medio del cuestionario de salud SF-36 (Anexo 2); Este cubre 8 dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. El contenido de las ocho escalas que a continuación se detalla:

1. Función física: mide el grado en que la salud limita las actividades físicas, tales como el auto cuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, llevar cargas y la realización de esfuerzos moderados e intensos.
2. Rol físico: valora el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.

3. Dolor corporal: valora la intensidad de dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en ésta.
4. Salud general: proporciona una valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.
5. Vitalidad: cuantifica el sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio o agotamiento.
6. Función social: mide el grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
7. Rol emocional: valora el grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.
8. Salud mental: mide la salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional.

Las dimensiones evaluadas son funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rolemocional y salud mental del paciente. Adicionalmente, el SF-36 incluye una pregunta de transición sobre el cambio en el estado de salud general con respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las 8 dimensiones principales. Las puntuaciones de las 8 dimensiones del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor valor mejor es el estado de salud. Para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala con un rango de 0 (el peor estado de salud) a 100 (el mejor estado de salud). Además, el cuestionario permite el cálculo de dos puntuaciones resumen, física y mental, mediante la suma ponderada de las puntuaciones de las ocho dimensiones principales. Los pesos incorporados en el cálculo de las puntuaciones resumen se obtienen a partir de una población de referencia.

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DEL CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

<i>Nº ÍTEMS</i>	<i>Nº NIVELES</i>	<i>PUNTUACIÓN (1)</i>	
Funcionamiento físico	10	21	0 - 100
Rol físico	4	5	0 - 100
Dolor corporal	2	11	0 - 100
Salud general	5	21	0 - 100
Vitalidad	4	21	0 - 100
Funcionamiento social	2	9	0 - 100
Rol emocional	3	4	0 - 100
Salud mental	5	26	0 - 100
Transición	1	5	~
Resumen Físico	35	–	50 (10)
Resumen Mental	35	~	50 (10)

(1) Las puntuaciones 0 – 100 tienen ese rango y se interpretan como el peor o mejor estado de salud, respectivamente; en las puntuaciones 50 (10) la población de referencia tiene una media de 50 con una desviación estándar de 10, por lo que valores superiores o inferiores a 50 indican un mejor o peor estado de salud, respectivamente, que la población de referencia.

Para la recopilación de datos se identificaron y evaluaron a pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y que acudieron a la consulta de Medicina Familiar de la U.M.F.Nº 80.

Análisis estadístico

Para el análisis descriptivo de las características sociodemográficas y clínicas de la población de estudio, se utilizó media, frecuencia y porcentaje.

Se estableció las diferencias mediante la t de student entre las puntuaciones de los ocho dominios del SF- 36 y el género.

Los ocho dominios se categorizaron en terciles bajo, regular y bueno. Se utilizó Chi cuadrado de Pearson para asociarlas categorías al género donde las cifras estadísticamente significativas son que las que asocian a un p valor menor a 0.05

El procesamiento de los datos se llevó a cabo mediante el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS para Windows versión 15.0.

Consideraciones éticas

Los procedimientos propuestos están de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas, así como los códigos y normas Internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica. Además de todos los aspectos en cuanto al cuidado que se deberá tener con la seguridad y bienestar de los pacientes se respeta cabalmente los principios contenidos en el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki y sus enmiendas, el Informe Belmont, que abarca respeto, justicia, beneficencia, no maleficencia.

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud en su título segundo, capítulo 1, artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Artículo 14.- La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases: se ajustara a los principios científicos y éticos que la justifiquen, contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal. Artículo 15.- Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación. Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este estudio y apegados a este reglamento, la investigación se clasifica en la siguiente categoría:

Categoría II. Investigación con riesgo mínimo: ya que se trata de un estudio descriptivo, observacional y transversal, en el cual se realizaran procedimientos comunes de exámenes físicos, diagnósticos de rutina, en este caso estudios de laboratorio.

XIII. RESULTADOS

Se realizaron 125 encuestas a derechohabientes adscritos a la UMF 80 de Morelia, Michoacán con diagnóstico de insuficiencia venosa crónica que acudieron a solicitar consulta en el primer nivel de atención, dentro del periodo 01 de enero de 2008 al 30 septiembre de 2010, el grupo de edad de los entrevistado correspondió de 20 a 59 años y en los cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

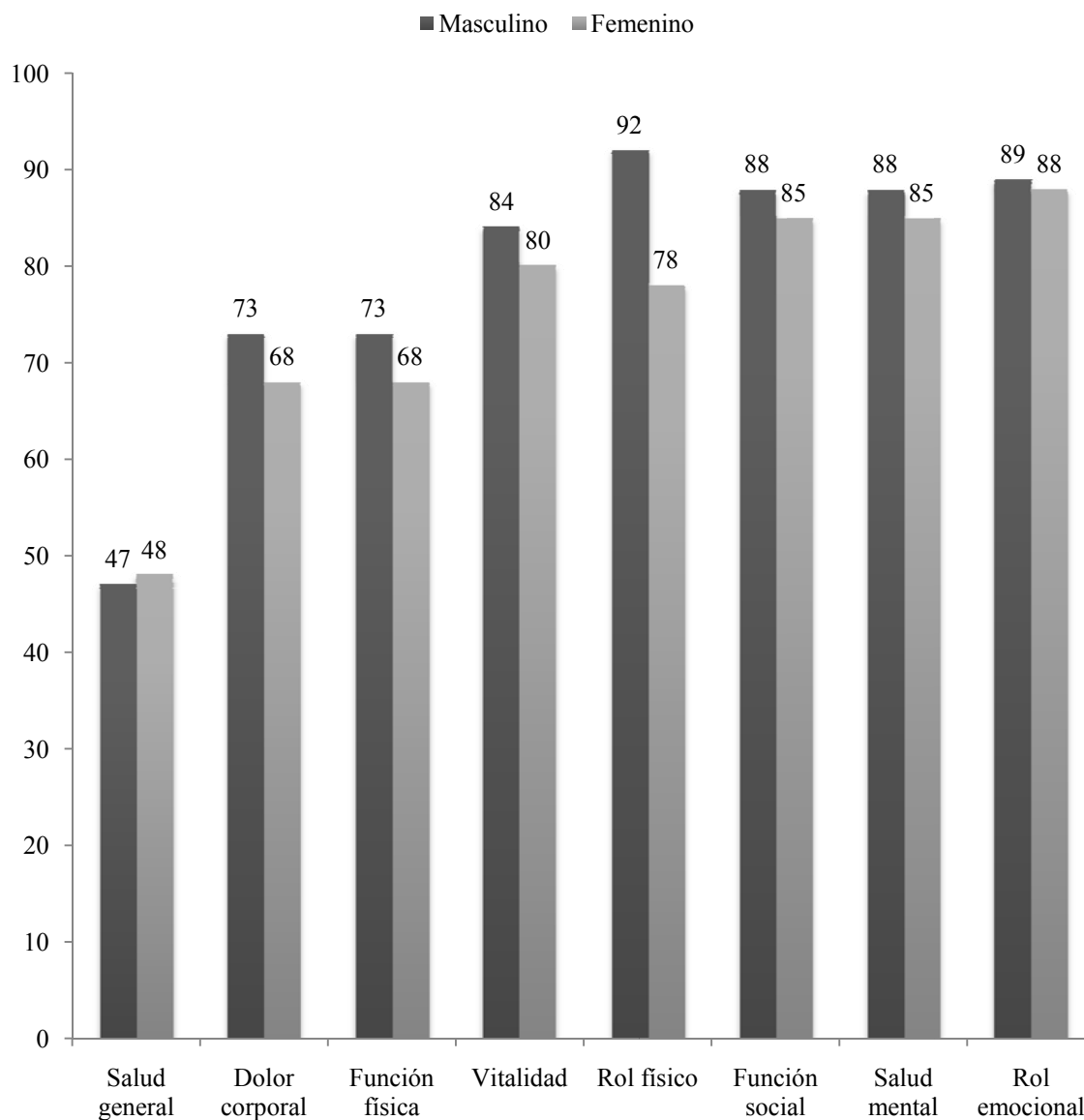
La edad promedio fue de 46.3 años, 102(81.6 %)de los entrevistados correspondieron al sexo femenino y 23(18.4 %) al sexo masculino;Estado civil 6 (4.8%) son solteros, 116 (92.8%) casados, y 1 (2.4%) se encuentra separado. La escolaridad de los entrevistados fue primaria 83 (66.4%), secundaria 28 (22.4%), preparatoria 3 (2.4%) y licenciatura 11 (8.8%).Por otra parte de los pacientes entrevistados encontramos que 64(52.2%) tiene antecedentes familiares de IVC y 61 (48.8%) sin antecedentes.Sobre los Factores de riesgo 84 (67.2%) antecedente de embarazo y 41 (32.8%) de ortostatismo laboral.

Se observó que 18 (14.4 %) conservaban su peso dentro de límites normales, 24 (19.2%) tienen sobrepeso y 83 (66.4%) presenta obesidad. Del total de los entrevistados 22(17.6%) hace ejercicio y 103 (82.4%) no realiza actividad física.

Dentro de la evolución de la enfermedad 24 (19.2%) nos manifestaron cursar con 1-5 años, 90 (72%) 6-10 años y 11 (8.8%) más de 10 años de evolución.Se encontró que 19 pacientes tenían incapacidad parcial (15.2%) y 106 (84.8%) sin incapacidad.

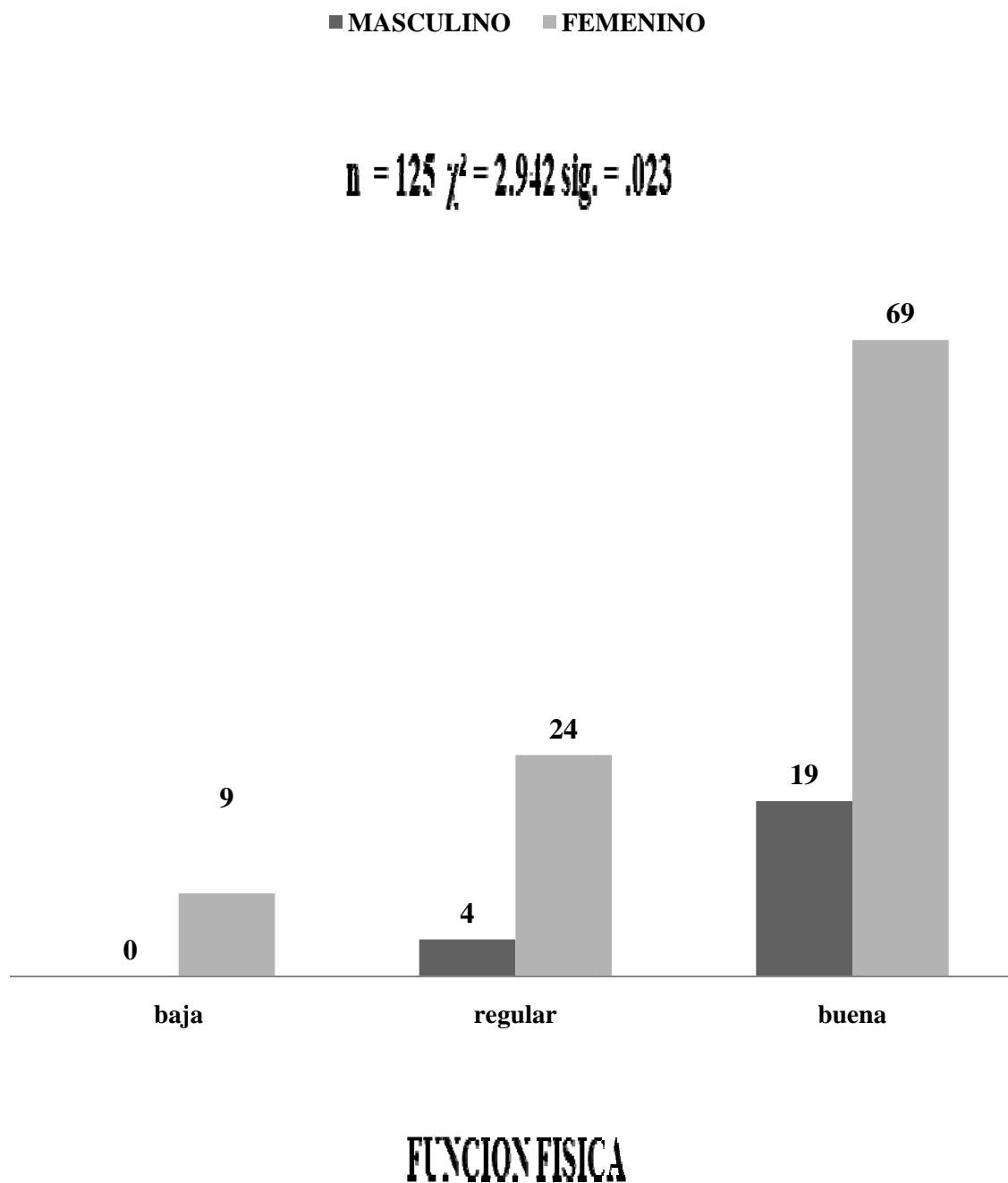
Los síntomas predominantes fueron:61(48.8%) pesadez, 34 (27.2%) dolor,20 (16%) cansancio, 6 (4.8%) ardor y 4 (3.2%) calambres.

FiguraNo. 1 Diferencias mediante la t de Student entre las ocho puntuaciones del SF-36 y el género.



En la figura No. 1 se observa la puntuación media de los ocho dominios del SF 36, en donde se observa que en ambos sexos los dominios más afectados son los que se relacionan con la función física no así el emocional La percepción de la salud general fue la que obtuvo una puntuación más baja con 47 puntos para el masculino y 48 puntos para el femenino.

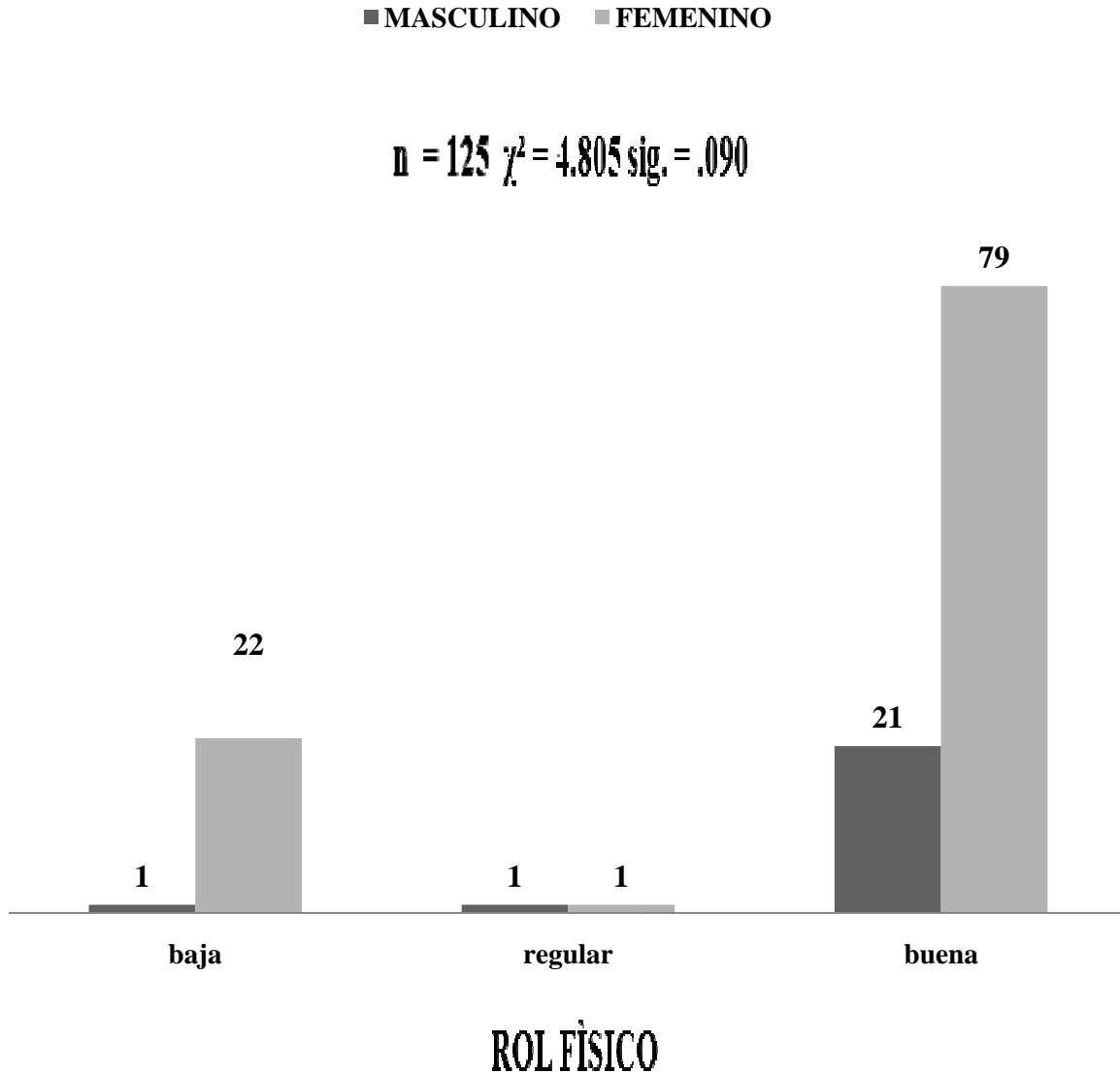
Figura 2. Chi cuadrado de Pearson para asociar las categorías de terciles al género en el dominio de la función física del SF-36.



En la figura 2 se observa la percepción de la calidad de vida en el dominio de la función física fue baja en 9 mujeres y 0 hombres con una chi de 2.942, estadísticamente no significativa con

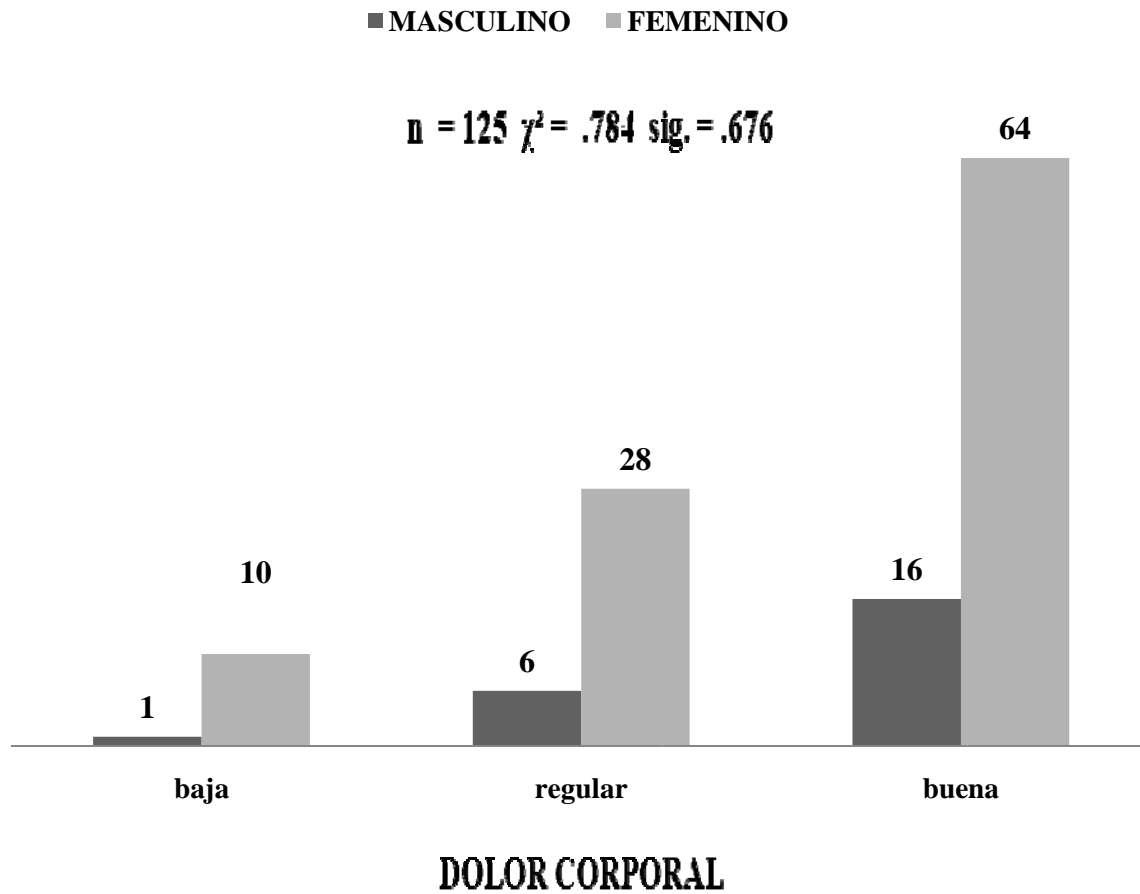
.23

Figura 3. Chi cuadrado de Pearson para asociar las categorías de terciles al género en el dominio del rol físico del SF-36



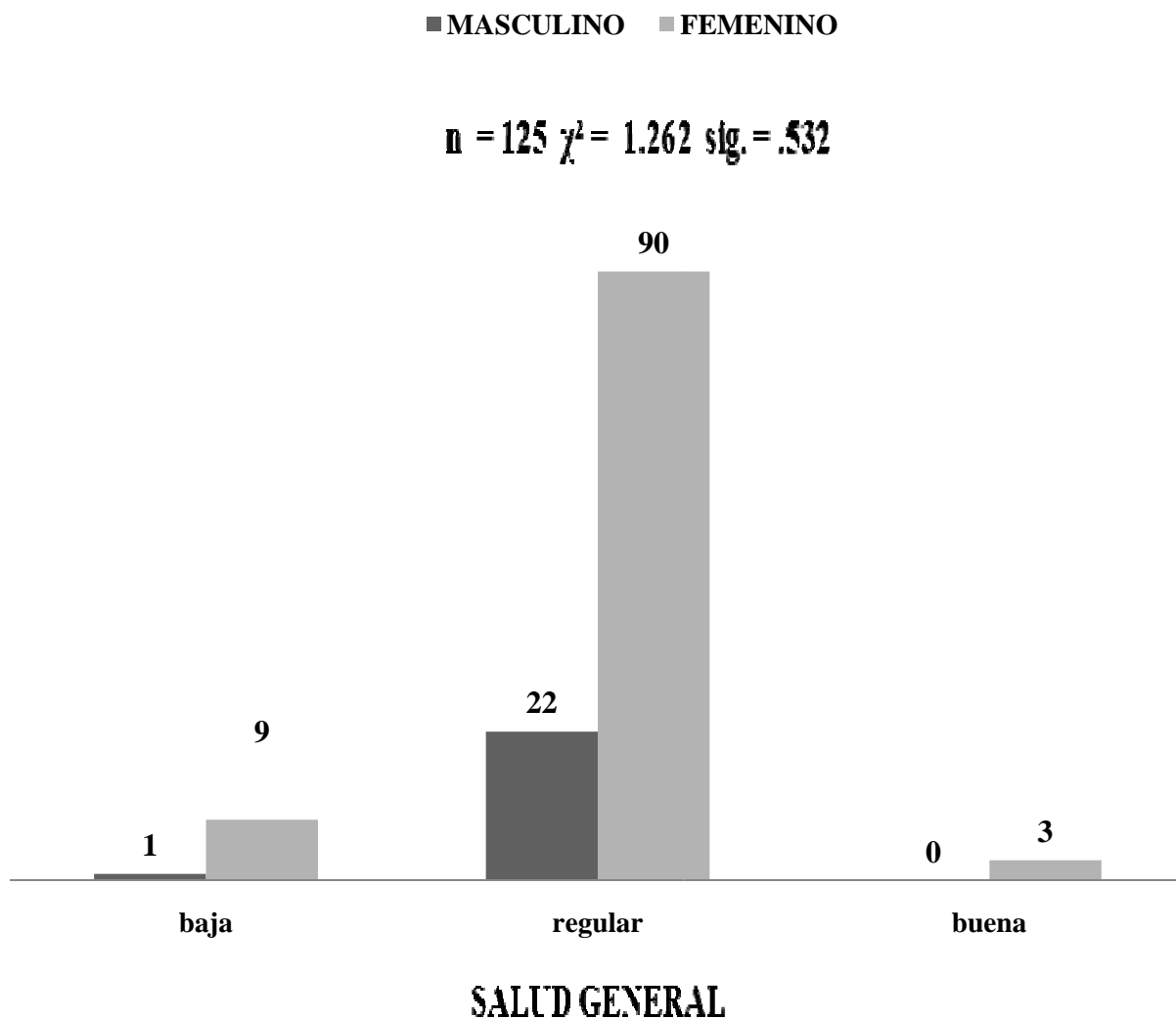
En la figura 3 se observa la percepción de la calidad de vida en el dominio del rol físico fue baja en 22 mujeres y 1 hombre con una chi de 4.905, estadísticamente no significativa con .090

Figura 4. Chi cuadrado de Pearson para asociar las categorías de terciles al género en el dominio de dolor corporal del SF-36



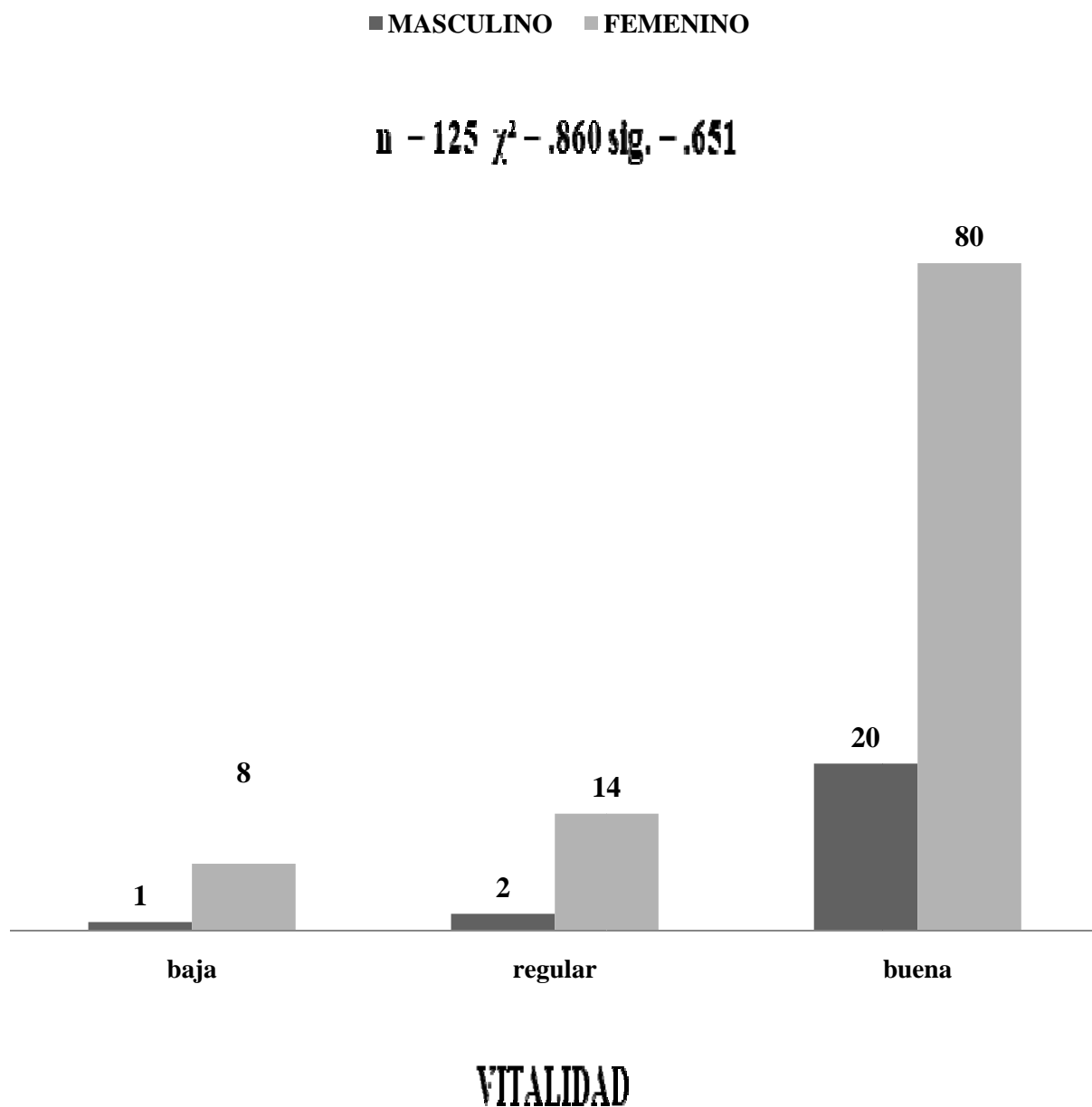
En la figura 4 se observa la percepción de la calidad de vida en el dominio del dolor corporal fue baja en 10 mujeres y 1 hombre con una chi de .785, estadísticamente no significativa con .67

Figura 5. Chi cuadrado de Pearson para asociar las categorías de terciles al género en el dominio de salud general del SF-36



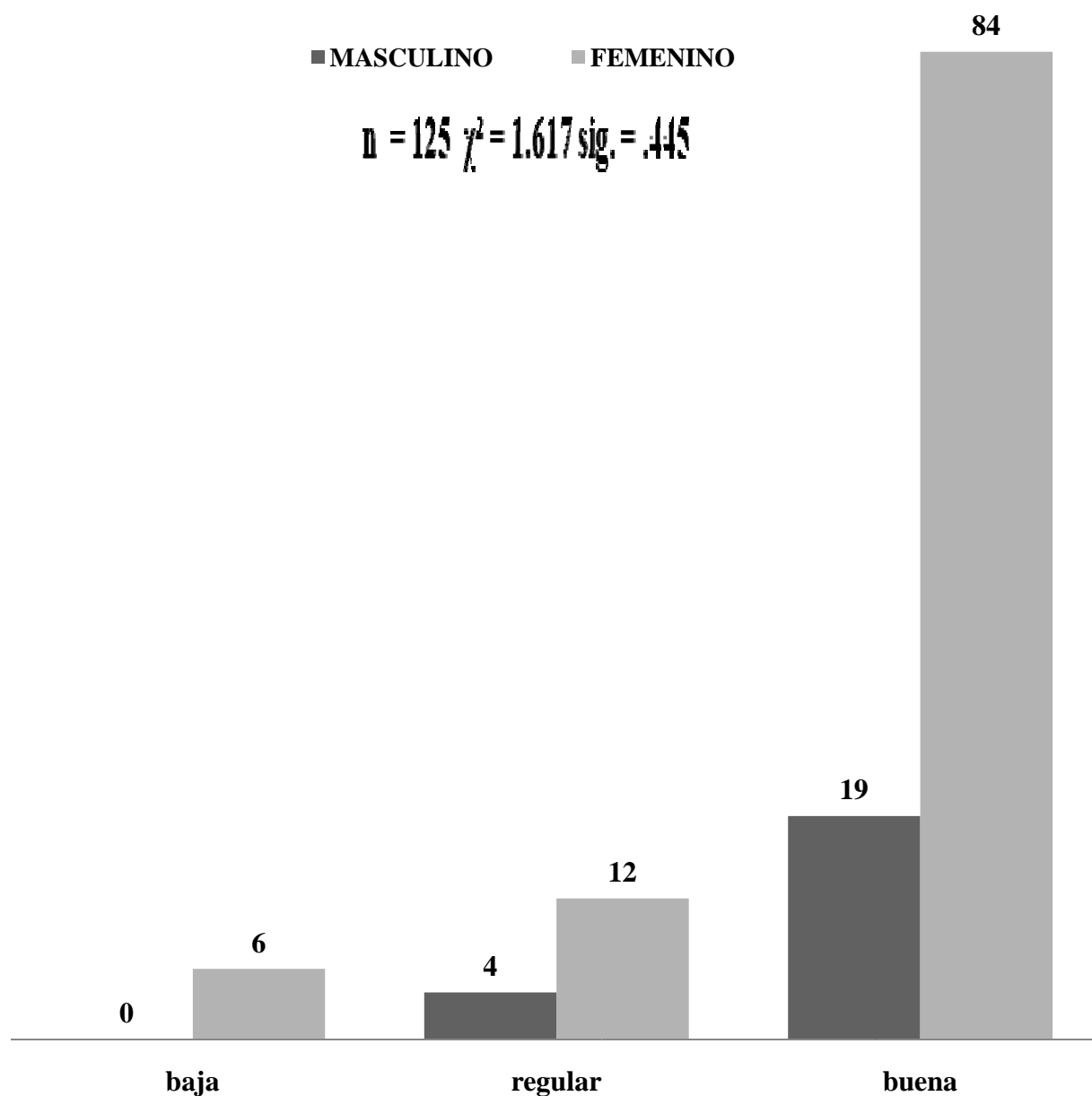
En la figura 5 se observa la percepción de la calidad de vida en el dominio de salud general fue regular en 90 mujeres y 22 hombres chi de 1.262, estadísticamente no significativa con .532

Figura 6. Chi cuadrado de Pearson para asociar las categorías de terciles al género en el dominio de vitalidad del SF-36



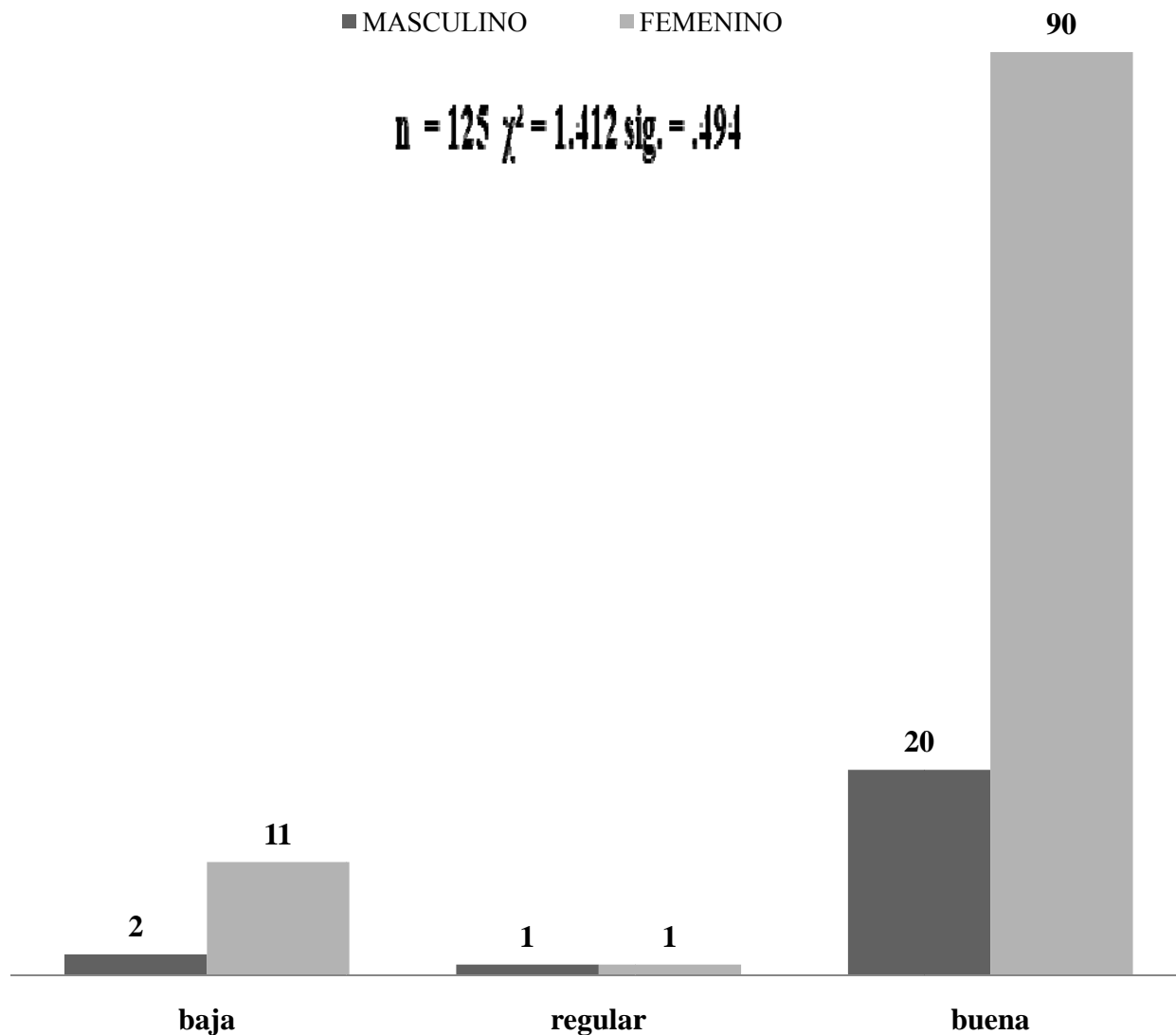
En la figura 5 se observa la percepción de la calidad de vida en el dominio de vitalidad fue buena en 80 mujeres y 20 hombres chi de .860, estadísticamente no significativa con .651

Figura 7. Chi cuadrado de Pearson para asociar las categorías de terciles al género en el dominio de función social del SF-36



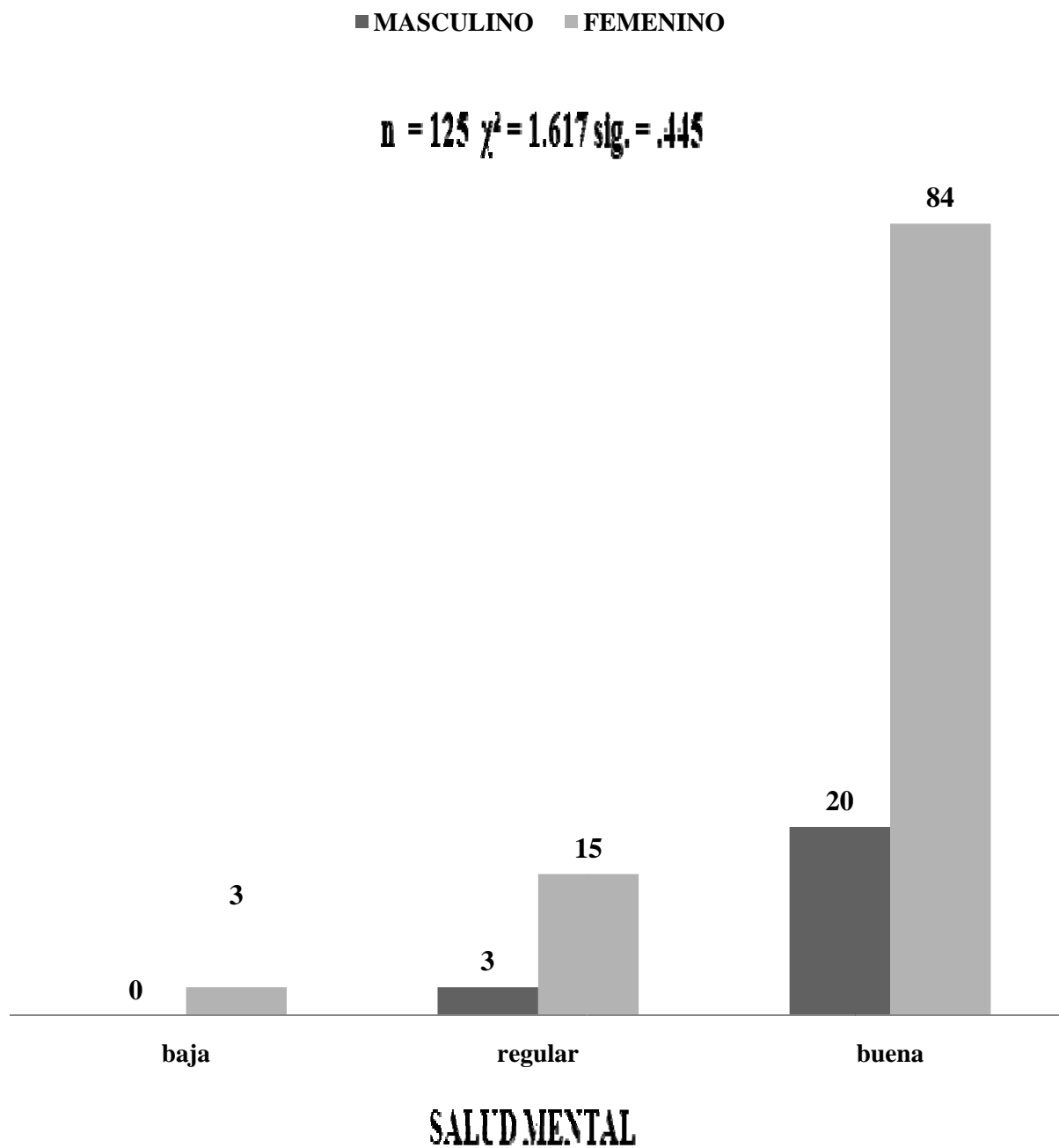
En la figura 7 se observa la percepción de la calidad de vida en el dominio de función social fue buena en 102 mujeres y 23 hombres chi de 1.617, estadísticamente no significativa con .445

Figura 8. Chi cuadrado de Pearson para asociar las categorías de terciles al género en el dominio de rol emocional del SF-36



En la figura 8 se observa la percepción de la calidad de vida en el dominio de rol emocional fue buena en 90 mujeres y 20 hombres chi de 1.412, estadísticamente no significativa con .494

Figura 9. Chi cuadrado de Pearson para asociar las categorías de terciles al género en el dominio de salud mental del SF-36



En la figura 9 se observa la percepción de la calidad de vida en el dominio de salud mental fue buena en 83 mujeres y 20 hombres chi de .760, estadísticamente no significativa con .684

XIV. DISCUSIÓN

Existe unanimidad en considerar como factores de riesgo asociados de forma significativa la edad y la historia familiar;³² en tanto que el sexo femenino, el embarazo, los antecedentes personales de IVC y la bipedestación laboral prolongada,³³ el bajo nivel educativo³⁴ solo alcanza esta consideración en algunos estudios publicados. En el presente trabajo se encontró un promedio de edad de 46.3 años y un 51.2 % de los pacientes tienen historia familiar de afección venosa. El 81.2 % de los entrevistados pertenecen al sexo femenino y la mayoría presentan como factor asociado el antecedente de embarazo y bipedestación prolongada; dentro de la escolaridad encontramos que el 66 % tenían solo primaria. Cabe mencionar que el 80.8 % de los pacientes presentaban sobrepeso u obesidad; además de que el 82.4% no realiza ningún tipo de actividad física; La obesidad es el primer factor de riesgo que se puede modificar, y se considera la causa más prevalente del año 2010: las varices ya no serán producto de los embarazos ni de los factores de bipedestación que se habían esgrimido siempre. Se considera que la obesidad, en un porcentaje muy elevado, superior al 60 %, será el principal motivo, el factor prevalente las várices.³⁵

En el presente estudio observamos que los dominios más afectados son aquellos relacionados con la función física obteniendo la menor puntuación viéndose menos afectada la función mental, observamos que el sexo femenino, el grupo de menor edad, los pacientes obesos y los de menos años de evolución son los que obtuvieron la menor puntuación. En México, en el 2006 se realizó un estudio similar en el Hospital Regional López Mateos del ISSSTE, en donde los pacientes portadores de insuficiencia venosa crónica perciben malacalidad de vida repercutiendo tanto en la salud física como mental.³⁶

Dentro de la puntuación media de los ocho dominios del SF-36 del paciente con IVC encontramos que el dominio más afectado y la relación masculino/femenino fue: percepción salud general 47.39 ± 1.74 / $48.2 \pm .85$, le siguieron dolor corporal 73.21 ± 3.82 / 68.15 ± 1.95 , función física con 73.47 ± 1.97 y 68.33 ± 1.70 sin encontrar cifras estadísticamente significativas. La OMS define calidad de vida como una noción íntimamente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado

emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas.³⁷ Siendo la calidad de vida un elemento considerado en la toma de decisiones sobre la implementación de cuidado y asignación de recursos para el sistema de salud, su estudio es importante pues permite destacar el estado funcional del paciente, lo que se refleja en su salud física, mental y social.³⁸ La calidad de vida como indicador resumen del estado de salud, ha sido aplicada a múltiples poblaciones y en diferentes contextos.³⁹

Estudios realizados de Estados Unidos y Europa, concluyen que la Insuficiencia Venosa Crónica tiene sustancial efecto sobre los aspectos físicos de la salud pero no sobre los componentes mentales de ésta.⁴⁰ En el presente estudio observamos la misma tendencia masculino/femenino viéndose menos afectada el rol emocional con una puntuación de 89.82 ± 6.09 / 88.88 ± 3.09 , la salud mental con 88.00 ± 3.65 / 85.37 ± 2.09 y la función social con 88.04 ± 4.04 / 85.29 ± 2.26

En la categorización por terciles se observó que en ambos sexos los dominios relacionados con la función física son los más afectados viéndose menos afectados los de la salud mental con una percepción de la salud regular .

XV. CONCLUSIONES.

De los pacientes participantes en el estudio se encontró dentro de los factores de riesgo carga genética de afección venosa, antecedentes de embarazo y/o bipedestación prolongada, sobrepeso u obesidad y sedentarismo; la mayoría tienen entre 6 y 10 años de evolución siendo los síntomas predominantes la pesadez, el dolor y el cansancio.

Dentro de la puntuación media del SF-36 se encontró que los dominios relacionados con la función física son los que obtuvieron una menor calificación tanto en hombres como en mujeres, viéndose menos afectados los relacionados con el rol mental ; siendo la percepción de la salud general la que obtiene una calificación más baja en ambos casos.

La categorización de la calificación del SF-36 por terciles se encontró que el sexo masculino en la mayoría de los ocho dominios se obtuvo una buena calidad de vida con una percepción regular en 22 participantes , mala en 1 participante; En cuanto al sexo femenino se observó la misma tendencia que el anterior con una percepción buena en 3 pacientes, regular en 90 pacientes y mala en 9 participantes

XVI. SUGERENCIAS.

Crear un módulo de detección oportuna de insuficiencia venosa para pacientes con factores de riesgo que acuden al servicio de consulta externa del primer nivel de atención, que sea atendido por el médico en formación para que se realice detección, orientación y prevención de la enfermedad.

Seguimiento por parte del médico familiar en pacientes con insuficiencia venosa crónica, y su tarea principal consiste en seleccionar aquellos casos que realmente se pueden beneficiar de una atención especializada de todo el resto que es tratable desde nuestra consulta. Por lo cual se debe realizar una historia clínica adecuada, donde consten antecedentes familiares, obesidad, historia obstétrica, ortostatismo y si realiza o no ejercicio. Se debe realizar una correcta exploración física, intentando descartar cualquier patología traumatológica o mecánica, como el apoyo inadecuado de los pies.

La referencia oportuna a segundo nivel es imprescindible para la realización de estudios de gabinete complementarios que nos ayuden a prevenir complicaciones y secuelas de la enfermedad.

El objetivo principal es una prevención adecuada a través de programas como el PREVENIMSS ya que reduciría en forma importante los factores de riesgo para la salud que pueden provocar, a corto plazo, enfermedades crónicas.

XVII. BIBLIOGRAFIA

1. Rosas MA, Serrano JA, Henestrosa K, Zarraga JL, Cal y Mayor I, Meza M, Sánchez N. Quality of life in patients with chronic venous insufficiency *Cir Gen* 2006;28:153-159.
2. Feied C. Varicose veins. EMedicine. [En línea] **Sept. 1, 2001**[Fecha de acceso: 26/01/2002] Vol. 2,9. Disponible en: [http](http://www.emedicine.com)
3. Bergan JJ, Schmid-Schonbein, Geert W, Smith, Philip D. Coleridge, et al. Mechanisms of Disease: Chronic Venous Disease. **New Engl J of Med** 2006 Mar 3;355(5):488-498
4. Carpentier PH. Epidemiology and physiopathology of chronic venous leg diseases. *Revue du Praticien* 2000;50(11):1176-81
5. Veiras RO, Pendàs JA, Villa ER. Guía de Insuficiencia Venosa Crónica. *Guías Clínicas* 2002;2 (21). *Cita de fisterra*.
6. Jones R, Carek P. Management of Varicose Veins. *Am Fam Pshysician*.2008; 78 (11):1289-1294.
7. Slodka-paczkowska B. Prophylaxis and treatment of the chronic venous disease (cvd) *Annales Universitatis Mariae Curie* 2006;XIX:149-152
8. Eberhardt RT, Raffetto JD. Chronic Venous Insufficiency. **Circulation** 2005;111:2398-2409
9. Meissner MH, Gloviczki P, Bergan J, Kitsner RL, Morrison N, Pannier F et al. Primary chronic venous disorders. **J Vasc Surg** 2007;46:54S-67S
10. Nicolaidis AN. Investigation of chronic venous insufficiency. A consensus statement. **Circulation** 2000;102: e126-e163
11. Kim J, Richards S, Kent PJ. Clinical examination of varicose veins - a validation study. *Ann R Coll Surg Engl* 2000; 82 (3): 171-5.
12. Juan-Samsò j, Fontcuberta-García J, Senin-Fernández ME, Vila Coll R. Guía básica para el diagnóstico no invasivo de la insuficiencia venosa. **Angiología** 2002;54:44-56
13. Meissner MH, Moneta G, Burnand K, Gloviczki P, Lohr JM, Lurie F, et al. The hemodynamics and diagnosis of venous disease. **J Vasc Surg** 2007;46:4S-24S
14. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. **N Enl J Med** 1996;334:835-840.
15. Tucsca M. La calidad de vida, su importancia y como medirla. **Salud Uninorte** 2005; 21: 76-86.
16. Consiglio E, Belloso W. Nuevos indicadores clínicos. La calidad de vida relacionada con la Salud. **Medicina** 2003; 63: 172-178.
17. Gómez E. Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS. **TOG** 2009; 6(9): 1-10.
18. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. **Ciencia y Enfermería** 2003; 9(2): 9-21.
19. Alonso J. La medida de calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. **Gac Sanit** 2000; 14(2): 163-167.
20. Velarde E, Ávila C. **Evaluación de la calidad de vida**. Salud pública de México. 2002; 63(4) 349-361.
21. Zúñiga M, Carrillo G, Fos P, Gandek B, Medina M. Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36 resultados preliminares en México. **Salud publica de México** 1999; 41(2): 110-118.

22. Smith JJ, Guest MG, Greenhalgh RM, Davies AH. Measuring the quality of life in patients with venous ulcers. **J Vasc Surg** 2000; **31**: 642-49.
23. Kaplan RM, Criqui MH, Denenberg JO, Bergan J, Fronck A. Quality of life in patients with chronic venous disease: San Diego population study. **J Vasc Surg** 2003; **37**: 1047-53.
24. Agus GB, Allegra C, Antignani PL, Arpaia G, Bianchini G, Banodeo P, Botta G, et al. Guidelines for diagnosis and therapy of the vein and lymphatic disorders. Evidence-based report by the Italian College of Phlebology Revision 2004. **Angiol** 2005; **24**(2): 107-68
25. Lafuma A, Fagnani F, Peltier-Pujol F, Rauss A. La maladie veineuse en France: un problema de sante publique meconnu (Venous disease in France: an unrecognized health problem) **J Mal Vasc** 1994; **19**: 185-9.
26. Bartolo M. Impact socioeconomique des maladies veineuses en Italie. **Phlebologie** 1992; **45**: 423-31.
27. Ruckley CV. Socioeconomic impact of chronic venous insufficiency and leg ulcers. **Angiology** 1997; **48**: 67-9.
28. Van den Oever R, Hepp B, Debbaut B, Simon I. Socio-economic impact of chronic venous insufficiency. An underestimated public health problem. **Int Angiol** 1998; **17**: 161-7.
29. Sigler ML, Castañeda GR, Rish FL. Insuficiencia venosa crónica en la República Mexicana. **Rev. Mex. Angiol** 2004; **32**(2): 46-44
30. The Task Force. The management of chronic venous disorders of the leg: an evidence based report of an International Task Force. **Phlebology** 1999; **14** (Suppl 1): 1126.
31. Zárraga Barrón Z. P., Landgrave Ibáñez S. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia venosa crónica de la umf No. 28. **Aten. Fam. Vol** 16(6) noviembre.diciembre 2009.
32. Beebe-Dimmer JL, Pfeifer JR, Engle JS, Schottenfeld D. The epidemiology of chronic venous insufficiency and varicose veins. **Ann Epidemiol** 2005; **15**: 175-84.
33. Carpentier PH, Maricq HR, Ponçot-Makinen CO, Franco A. Prevalence risk factors and clinical patterns of chronic venous disorders of lower limbs: a population-based study in France. **J Vasc Surg** 2004; **40**: 650-9.
34. Jawien A. The influence of environmental factors in chronic venous insufficiency. **Angiology** 2003; **54** (Suppl 1): S19-31.
35. Macro-Estudio Prospectivo Delphi sobre Costes Sociales y Económicos de la Insuficiencia Venosa Crónica **Rev Esp Econ Salud Nov-Dic** 2004; **3**(6)
36. Rodríguez-Pendas J y cols. Insuficiencia Venosa Crónica. **Guías Clínicas**. 2002; **2** (21): 1-4.
37. Velarde-Jurado EMC. Evaluación de la calidad de vida. **Salud Pub Mex**. 2002; **44** (4): 349-61.
38. Velarde-Jurado EMC. Consideraciones Metodológicas para evaluar la calidad de vida. **Salud Pub Mex**. 2002; **44** (5): 448-63.
39. Zúñiga. Evaluación del Estado de Salud con la encuesta SF-36: resultados preliminares en México. **Salud Pub Mex**. 2002; **41** (2): 110-8.
40. Medina MA y cols. Impacto socioeconómico de la insuficiencia venosa crónica en una zona básica de salud de atención primaria. **Rev Esp Econ Salud**. 2004; **3** (6): 336-44.

XVIII. RELACIÒN DE ANEXOS

- Anexo 1 Formato de recolección de datos epidemiológicos de la IVC
- Anexo 2 Cuestionario de Salud SF-36
- Anexo 3 Carta de consentimiento informado

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

INSTRUCCIONES:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

Excelente Muy buena Buena Regular Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 Algo mejor ahora que hace un año
- 3 Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES OCOSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas

Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

Sí

No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

Sí

No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

Sí

No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

Sí

No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

Sí

No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

Sí

No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

Sí

No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada Un poco

Regular

Bastante

Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- 1 No, ninguno
- 2 Sí, muy poco
- 3 Sí, un poco
- 4 Sí, moderado
- 5 Sí, mucho
- 6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada Un poco

Regular

Bastante

Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Lugar y fecha _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:
**IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA
VENOSA CRONICA EN LA UMF 80.**

El objetivo del estudio es:

Evaluar la calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Venosa Crónica por medio del cuestionario SF-36.

Registrado ante el Comité Local de Investigación con objetivo del estudio es: Valorar mi calidad de vida por lo que se me ha explicado que mi participación consistirá en realización de un cuestionario de 36 preguntas, por lo que declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

No existe ningún riesgo en esta investigación

No se revelara ningún dato proporcionado

Se realizara un cuestionario SF-36 que mide la calidad de vida.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información sobre mi padecimiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plante acerca de mi padecimiento y el cuestionario que se llevara a cabo.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio.

Nombre y firma de ambos padres o tutores o del representante legal

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable. Testigos

Números telefónicos a los cuales se puede comunicar en caso de emergencia y/o dudas y preguntas relacionadas con el estudio: