



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MÉXICO



---

---

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
SEDE UMF 28, IMSS

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PORTADORES DE  
INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA DE LA UMF 28**

**T R A B A J O D E I N V E S T I G A C I O N  
P R E S E N T A**

**DRA. ZÁRRAGA BARRÓN ZENIA PAOLA**

**QUE REALIZA PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA  
EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**Dra. Silvia Landgrave Ibañez  
ASESOR CLINICO Y METODOLOGICO**

**DR. IGNACIO ARROYO MORENO  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DE LA UMF No. 28  
GABRIEL MANCERA I.M.S.S.**

**CD. DE MÉXICO, D. F. FEBRERO 2009**

**No DE REGISTRO: R-2009-3607-4**

**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PORTADORES DE INSUFICIENCIA VENOSA  
CRONICA DE LA UMF 28”**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**P R E S E N T A**

**DRA. ZÁRRAGA BARRÓN ZENIA PAOLA**

AUTORIDADES DE LA CLINICA No. 28 del IMSS

**DR. JUVENAL OCAMPO HERNANDEZ**

**DIRECTOR DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 DEL IMSS**

**DR. IGNACIO ARROYO MORENO**

**JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DE LA UMF No. 28**

**GABRIEL MANCERA I.M.S.S.**

**DRA. DULCE MARIA RODRIGUEZ VIVAS**

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE MEDICINA  
FAMILIAR DEL IMSS**

**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PORTADORES DE INSUFICIENCIA VENOSA  
CRONICA DE LA UMF 28”**

**P R E S E N T A**

**DRA. ZÁRRAGA BARRÓN ZENIA PAOLA**

**AUTORIZACIONES**

**Dra. Silvia Landgrave Ibáñez  
ASESOR CLINICO Y METODOLOGICO**

## **RESUMEN**

### **CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA DE LA UMF # 28**

**AUTOR:** Dra. Zenia Paola Zárraga Barrón

**OBJETIVO:** Se evaluó la calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Venosa Crónica por medio del cuestionario SF-36.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio Prospectivo, transversal, descriptivo y observacional. Se aplicó el cuestionario SF-36 a pacientes mayores de 18 años de edad, sin distinción de sexo, con más de 5 años de evolución de IVC y que cumplieron con los criterios de inclusión, en la UMF # 28, IMSS. El tamaño de la muestra fue por cuota, no aleatoria, se aplicaron 100 cuestionarios. Variable dependiente calidad de vida, variable independiente IVC. Con los datos obtenidos se construyó una base de datos en el programa SPSSV12, se utilizó medidas de tendencia central y de dispersión, estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza.

**RESULTADOS:** De los pacientes estudiados el 61% tuvieron mala calidad de vida, Factores de Riesgo sobrepeso, sedentarismo, más de 5 años de evolución de la enfermedad y sexo femenino. Familias urbanas, modernas, nivel socioeconómico medio.

**PALABRAS CLAVES:** Insuficiencia Venosa Crónica, Calidad de Vida, Cuestionario SF-36.

# INDICE

## 1. MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes de Calidad de Vida.....	1
1.1.2 Instrumentos de Evaluación para calidad de vida.....	3
1.2 Insuficiencia Venosa Crónica.....	5
1.3 Planteamiento del problema.....	11
1.4 Justificación.....	12

### 1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo General	
1.5.2 Objetivos Específicos.....	13

### 1.6 Hipótesis

1.6.1 Hipótesis Verdadera	
1.6.2 Hipótesis Alterna.....	13

## 2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 Tipo de Investigación.....	14
2.2 Diseño de Investigación.....	15
2.3 Población, Lugar y Tiempo.....	16
2.4 Muestra.....	16

### 2.5 Criterios de Selección

2.5.1 Criterios de Inclusión	
2.5.2 Criterios de Exclusión	
2.5.3 Criterios de Eliminación.....	17
2.6 Tipo y Medición de Variables.....	18

### 2.7 Variables

2.7.1 Variable Independiente	
2.7.1.1 Definición Conceptual	
2.7.1.2. Definición Operativa	
2.7.2 Variable Dependientes	
2.7.2.1 Definición Conceptual	
2.7.2.2 Definición Operativa.....	21

2.8 Diseño Estadístico.....	22
-----------------------------	----

2.9 Instrumentos de Recolección.....	22
--------------------------------------	----

2.10 Método de Recolección.....	23
---------------------------------	----

2.11 Maniobras para evitar y controlar sesgos.....	23
--	----

2.12 Cronogramas de actividades.....	24
--------------------------------------	----

2.13 Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio.....	26
--	----

2.14 Consideraciones Éticas.....	27
----------------------------------	----

<b>3 RESULTADOS</b> .....	28
---------------------------	----

<b>4 DISCUSIÓN</b> .....	38
--------------------------	----

<b>5 CONCLUSIÓN</b> .....	40
---------------------------	----

<b>6 BIBLIOGRAFÍA</b> .....	41
-----------------------------	----

## ANEXOS

A. Carta de Consentimiento Informado .....	44
--	----

B. Encuesta Aplicativa de Datos de Identificación	45
---	----

C. Cuestionario SF-36	46
-----------------------	----

## **AGRADECIMIENTOS**

*Esta es la parte más difícil de escribir en la tesis debido a que será la parte más leída y porque seguro que me olvidaré de alguien y lo lamentaré eternamente.*

### **GRACIAS...**

#### ***A Dios***

*Por haberme permitido llegar hasta este momento y haberme dado salud para lograr uno más de mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.*

#### ***A mis padres Blanca Margarita y Genaro***

*Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por los ejemplos de perseverancia y constancia, por el valor mostrado para salir adelante, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.*

#### ***A mis hermanos Amín y Emmanuel***

*Por la compañía, por el apoyo que me brindan y por poner de su parte para que el trajín diario sea más llevadero. Se que siempre contare con ustedes.*

#### ***A mi asesor Dra. Silvia Landgrave***

*Por compartir su conocimiento, por su inmensa paciencia, por la colaboración brindada durante toda la tesis y sobre todo en ésta última etapa.*

#### ***A mis amigas Nancy y Aurea***

*Con las que he compartido aventuras, experiencias, desveladas y que han enriquecido mi vida. Por apoyarnos mutuamente en nuestra formación profesional y que hasta ahora, seguimos siendo amigas.*

*Por último quiero dar las gracias a todos aquellos que me han devuelto una sonrisa, a todos aquellos que me ofrecieron su apoyo en tiempos difíciles.*

# 1. MARCO TEORICO

## 1.1 ANTECEDENTES

### 1.1.1 CALIDAD DE VIDA (DEFINICION)

El interés por evaluar la Calidad de Vida ha sido motivo de investigación desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. Desde una perspectiva semántica, Fernández Ballesteros (1998) indica que el término calidad se refiere a ciertos atributos o características de un objeto particular mientras que el término vida es más amplio y envuelve a los seres humanos, apareciendo aquí el primer y fundamental problema de su conceptualización, ya que la vida puede analizarse desde diferentes perspectivas. En la misma línea, Espinoza Henao (2001) anota que el término vida se refiere única y exclusivamente a la vida humana en su versión no tan local como comunitaria y social, y requiere hacer referencia a una forma de existencia superior a la física, incluyendo el ámbito de las relaciones sociales del individuo, sus posibilidades de acceso a bienes culturales, su entorno ecológico-ambiental, y los riesgos a que se encuentra sometida su salud física y psíquica.<sup>1</sup>

No es de extrañar entonces que la calidad de vida haya sido definida por muchos autores como “un concepto abstracto, amorfo, sin límites claros, difícil de definir y de operacionalizar”. Por lo que es importante conocer algunos significados relacionados con Calidad de Vida.

“*Calidad*: Conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie”.

“*Vida*: Modo de vivir en lo tocante a la fortuna o desgracia de una persona, o a las comodidades o incomodidades con las que vive”.<sup>2</sup>

Calidad de vida (quality of life): Percepción por parte de los individuos o grupos que se satisfacen sus necesidades y no se les niegan oportunidades para alcanzar un estado de

felicidad y realización personal. (En el mundo desarrollado va más allá de la mera supervivencia).

Bienestar (well-being): valoración subjetiva del estado de salud, que está más relacionada con sentimientos de autoestima y la sensación de pertenencia a una comunidad mediante la integración social, que con el funcionamiento biológico. Tiene que ver con el desarrollo de potencial humano a nivel físico, psíquico y social.

Bienestar total (Wellness): nuevo concepto de salud relacionado básicamente con la calidad de vida, que hace hincapié en las dimensiones de la existencia humana relativas a la experiencia y a la conducta.

Condiciones de vida (living conditions): nivel de calidad de los recursos materiales y de alojamiento del entorno físico en el cual vive la persona.

Estado positivo de salud (positive health): estado de salud que va más allá de un estado asintomático; se refiere por lo general a la calidad de vida y al potencial de la condición humana e incluye la energía para vivir, la autorrealización y la creatividad.<sup>3</sup>

Tradicionalmente la determinación del estado de salud o enfermedad de los individuos se ha centrado en métodos objetivos basados en la elaboración e implementación de medidas, tales como marcadores bioquímicos, fisiológicos y anatómicos, o simplemente empleando el uso de indicadores epidemiológicos, para caracterizar una población. Sin embargo, existía un vacío instrumental para medir la calidad de vida o estado de salud individual en función de la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS).<sup>6</sup>

En 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como el completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad. Este término ha evolucionado desde una definición conceptual hasta una serie de escalas que permiten medir la percepción general de salud. Tanto la vitalidad, como el dolor y la discapacidad, se dejan influir por las experiencias personales y por las expectativas de una persona. Considerando que las expectativas de salud, el soporte social, la autoestima y la habilidad para competir con limitaciones y discapacidad pueden afectar la calidad de vida, dos personas con el mismo estado de salud tienen diferente

percepción personal de su salud. En este sentido, la calidad de vida no debe evaluarse por el equipo de salud, ni extrapolarse de un paciente a otro. Se han observado diferentes interpretaciones entre el paciente, la familia, y el equipo de salud, así como discrepancias en su evaluación. Por tanto 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.<sup>4-5</sup>

Los instrumentos para medir la calidad de vida se han diseñado con diversos propósitos. Para conocer y comparar el estado de salud entre poblaciones (aspecto fundamental para estrategias y programas en políticas de salud), y para evaluar el impacto de ciertas intervenciones terapéuticas para modificar los síntomas y función física a través del tiempo. La calidad de vida es un fenómeno que se afecta tanto para la enfermedad como para el tratamiento. Además los instrumentos que miden calidad de vida se clasifican en instrumentos genéricos y específicos. Los primeros son útiles para comparar diferentes poblaciones y padecimientos, pero tienen el riesgo de ser poco sensibles a los cambios clínicos, por lo cual su finalidad es meramente descriptiva. Los instrumentos específicos se basan en características especiales de un determinado padecimiento, sobre todo evaluar cambios físicos y efectos del tratamiento a través del tiempo. Estos nos dan mayor capacidad de discriminación y predicción, y son particularmente útiles para ensayos clínicos.<sup>7</sup>

### 1.1.2 INSTRUMENTOS DE EVALUACION PARA CALIDAD DE VIDA

El cuestionario de salud SF-36 es un instrumento desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study) el cual permitió establecer un perfil de salud con aplicación para población general como para pacientes, en estudios descriptivos y de evaluación. Para ajustar este instrumento colaboraron investigadores de quince países para la adaptación cultural de International Quality of Life Assessment- IQOLA.<sup>6-8</sup>

El cual detecta tanto estados positivos de salud como negativos en población adulta (mayores de 16 años), y explora la salud física y la salud mental. Consta de 36

reactivos, que exploran 8 dimensiones del estado de salud resultado del promedio de la suma de las preguntas contenidas en el cuestionario. Estas dimensiones son: función física (FF); función social (FS); rol físico (FR); dolor corporal (DC); salud general (SG); Vitalidad (VT); función social (FS); rol emocional (RE); salud mental (SM); vitalidad. Además de las 8 dimensiones de salud, el SF-36 incluye el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual y la del año anterior. La respuesta a esta pregunta describe la transición de la percepción respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud.<sup>8</sup>

El SF-36 es un instrumento autoaplicado, contiene 36 preguntas y toma un promedio de 8 a 12 minutos para completarse. Por cada escala la respuesta a cada pregunta se codifican y recodifican (10 preguntas) y los resultados se trasladan a una escala de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud).<sup>9</sup>

Se reconoce que para comparar la calidad de vida de una población determinada se requiere de instrumentos estandarizados, por lo que el cuestionario de salud SF-36 ha sido adaptado a la lengua castellana por Alonso y cols. En México ha sido validado y estandarizado para población nacional por el Dr. Zúñiga y cols., así como por el Dr. Duran-Arenas, quienes concluyen que existe una satisfactoria validez y confiabilidad con esta prueba.<sup>10</sup>

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 de salud formato corto 36. 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.<sup>10-12</sup>

En otro estudio se aplicó la Encuesta SF-36 en una población en el sureste de México. Los resultados obtenidos mostraron que en la población enferma la escala con más bajo promedio fue la de salud general, y la más alta la del rol físico. En la población sana la escala con más alto promedio fue función física y la más baja salud general. La

comparación de promedios de escalas en ambos grupos mostró diferencias significativas en función física, rol físico, dolor corporal, salud general y vitalidad. Los autores concluyen que la encuesta FS-36 cumple en forma satisfactoria con todos los supuestos de validez y confiabilidad.<sup>7</sup>

En un estudio realizado en el Hospital Regional López Mateos. ISSSTE, para conocer el impacto en la calidad de vida que ocasiona la insuficiencia venosa crónica (IVC) se utilizó el cuestionario de salud con formato corto 36 en donde se evaluaron 112 pacientes; masculinos 33%, femeninos 67%. Edad promedio 45.7. 38.4% Sanos en el grupo I (GI) y 61.6% portadores de IVC en el grupo II (GII). GI sanos (en promedio) función física 92.56, función social 81.74, limitaciones del rol físico 88.15, limitaciones del rol emocional 85.18, salud mental 75.94, vitalidad 76.23, dolor 80.98, y percepción de la salud en general 82.48. GII portadores (en promedio) función física 55.78, función social 65.93, limitaciones del rol físico 44.52, limitaciones del rol emocional 70.20, salud mental 65.22, vitalidad 54.65, dolor 46.63 y percepción de la salud en general 46.62, concluyendo que la insuficiencia venosa crónica provoca un deterioro significativo en la calidad de vida de los pacientes que padecen esta enfermedad.<sup>9</sup>

## **1.2 INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA**

### **1.2.1 DEFINICION**

El Consenso Internacional del Comité de Enfermedades Venosas Crónicas de la Sociedad de Cirugía Vascul ar y la Sociedad Internacional de Cirugía Cardiovascular Capítulo Norteamérica definen a esta patología 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. Causada por várices primarias, secuela postrombótica, secuela postinfecciosa, fistulas arteriovenosas y angiodisplasias.<sup>10-14</sup>

Cuando se refiere a la epidemiología de la insuficiencia venosa crónica (IVC), es recurrir a cifras y datos clásicos, históricos, basados en la experiencia de otros países, sin estar muy seguros de su realidad al día de hoy en la sociedad mexicana. En México se han publicado pocos trabajos con información epidemiológica respecto a la

insuficiencia venosa crónica. El 10% de la población general presenta este padecimiento.<sup>13-14</sup>

Los factores de riesgo para desarrollar insuficiencia venosa crónica son: Antecedentes familiares presentándose en un 80-100% de los casos, Sobrepeso es decir un índice de masa corporal (IMC) > 25 kg/m<sup>2</sup>SC, Embarazos ya que desencadenan o aceleran la progresión de la enfermedad debido a los elevados niveles de progesterona que aparecen en el primer trimestre de la gestación, tratamiento hormonal orales presentando además complicaciones tromboembólicas, periodos largos de bipedestación o posición sentada, exposición al calor y la vida sedentaria al favorecer la estasis venosa.<sup>15</sup>

### 1.2.2 CLASIFICACION

La insuficiencia venosa crónica se manifiesta con uno o varios de los siguientes síntomas: pesadez de las piernas, dolor, parestesias, sensación de quemazón, piernas inquietas, edema al final del día, cambios tróficos, prurito, calambres nocturnos, varículas, varices, enrojecimiento de la piel, úlcera venosa; que empeoran con el ortostatismo o calor y mejoran con el decúbito y el frío. La gravedad de los síntomas no se relacionan con el tamaño o extensión de las varices, ni con el volumen del reflujo, y muchos de estos síntomas se hayan presentes en personas sin patología venosa.

En relación a la clínica existen distintas clasificaciones (Widmer, Porter) pero se expone la clasificación CEAP, recomendada la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vasculat.

## CLASIFICACIÓN DE LA CLÍNICA, ETIOLOGÍA, ANATOMÍA Y PATOFISIOLOGÍA (CEAP)

La letra C evalúa los hallazgos clínicos	
<b>C0</b>	no hay signos visibles o palpables de lesión venosa
<b>C1</b>	presencia de telangiectasias o venas reticulares
<b>C2</b>	varices
<b>C3</b>	edema

<b>C4</b>	cambios cutáneos relacionados con la patología venosa (pigmentación, lipodermatosclerosis) sin ulceración
<b>C5</b>	cambios cutáneos con úlcera cicatrizada
<b>C6</b>	cambios cutáneos con úlcera activa
<b>Después del número se escribe la letra "A" si el paciente está asintomático y "S" si presenta síntomas</b>	
<b>La letra E se refiere a la etiología</b>	
<b>Ec</b>	enfermedad congénita
<b>Ep</b>	enfermedad primaria o sin causa conocida
<b>Es</b>	enfermedad secundaria o con causa conocida (postraumatismo, Síndrome Postrombótico)
<b>La A describe los hallazgos anatómicos encontrados con el Eco-Doppler.</b>	
	Venas superficiales (As)*
	Venas profundas (Ap)*
	Venas perforantes*
<b>* Se añade un número en función de la vena afectada</b>	
<b>La P hace referencia a la fisiopatología</b>	
<b>PR</b>	reflujo
<b>PO</b>	obstrucción
<b>PR,O</b>	ambos

Además, de usarse una escala que mida la incapacidad causada por la IVC como la siguiente:

0: paciente asintomático.

1: paciente con síntomas, no precisa medidas de compresión.

2: paciente que puede trabajar 8 horas sólo con medidas de compresión.

3: paciente incapaz de trabajar incluso con medidas de compresión.<sup>10-16</sup>

### 1.2.3 DIAGNOSTICO

Los estudios no invasivos de la patología venosa se dirigirán a detectar y cuantificar la existencia de cambios de volumen, obstrucción o reflujo ligados a la insuficiencia venosa y a definir la localización anatómica de la anomalía. En la actualidad los métodos no invasivos que resultan más útiles clínicamente son: el doppler continuo, el Eco-Doppler con o sin color y la pletismografía aérea o neumopletismografía.

Pletismografía se dirige a la detección y medición de los cambios de volumen. Aplicada al estudio de la insuficiencia venosa, trata de medir los cambios de volumen que se producen en la extremidad tras ejercitar la bomba muscular o al bloquear el drenaje sanguíneo. La pletismografía de impedancia y la de anillo de mercurio han demostrado ser procedimientos válidos en el diagnóstico de la insuficiencia venosa aguda secundaria a una trombosis venosa, siempre que esta cause un compromiso hemodinámico. En este caso se realiza la exploración con el paciente en decúbito, con la extremidad ligeramente elevada. Se practica una oclusión venosa a nivel del muslo y se mide el volumen de llenado venoso (capacitancia venosa) y su relación con el tiempo de

vaciamiento venoso producido tras la desinsuflación del manguito neumático. El índice de llenado venoso (VFI) se considera una cuantificación del reflujo y se define como el cociente entre el volumen de sangre que llena la extremidad al incorporarse del decúbito (Volumen venoso) y el tiempo requerido para alcanzar el 90% de este llenado (tiempo de llenado venoso). Valores de VFI superiores a 7 ml/s mostraron una sensibilidad del 73% y un 100% de valor predictivo positivo en la identificación del reflujo venoso identificado con flebografía descendente, sin embargo, en casos de oclusión venosa proximal, el VFI infravalora el grado de reflujo. Clínicamente, valores con VFI superiores a 3 ml/s permitieron discriminar con un VPP del 96% entre piernas con insuficiencia venosa y piernas normales.

El papel del doppler continuo en el diagnóstico de la trombosis venosa ha quedado relegado a un segundo plano tras la aparición del Eco-Doppler. Sin embargo en manos experimentadas consigue una fiabilidad próxima al 90% en el diagnóstico de trombosis venosas proximales. Entre sus limitaciones destacan la imposibilidad de explorar las venas profundas de las piernas (femoral profunda, venas gastrocnémicas, etc.) y de detectar anomalías anatómicas como el desdoblamiento de la vena poplítea o de la femoral superficial que pueden llevar a un diagnóstico erróneo de permeabilidad.<sup>17-18</sup>

Eco-Doppler es la exploración no invasiva que, en el momento actual aporta la mayor información sobre la patología venosa tanto aguda (trombosis venosa, TVP) como crónica (varices y secuela postrombótica). El signo más directo y fiable, es la imposibilidad de colapso completo de las paredes venosas cuando se comprime la misma con la sonda ecográfica en proyección transversal. Con Eco-Doppler también es posible valorar las características del flujo venoso que en condiciones normales es detectable espontáneamente en las grandes venas, esta modulado por los movimientos respiratorios y aumenta con la compresión de masas musculares dístales. El Eco-Doppler es el único procedimiento no invasivo capaz de suministrar información topográfica y hemodinámica precisa de la circulación venosa de las EEII a tiempo real. En el estudio de la insuficiencia venosa crónica permite mostrar “in vivo” los cambios que se producen ante diferentes maniobras que simulan el comportamiento fisiológico de la circulación venosa. El examen con Eco-Doppler para la detección del reflujo venoso deberá realizarse inexcusablemente con el paciente en ortostatismo ya que es la

única manera de valorar la función de las válvulas bajo la carga de una columna de presión hidrostática adecuada, o mejor dicho real.<sup>17-18</sup>

El tratamiento de la insuficiencia venosa crónica lo podemos dividir en tres; en medidas higiénicas, con el uso de medicamentos y quirúrgico.

Dentro de las medidas higiénicas tenemos la prevención y tratamiento de la sobrepeso, promoviendo estilos de vida saludables que se traducen en una alimentación apropiada al sustituir las calorías de las grasas saturadas y de los carbohidratos simples por grasas monoinsaturadas y grasas poliinsaturadas de la serie omega 3 y estímulo a la actividad física al caminar por lo menos 30 minutos diarios, 5 días a la semana así como flexión de tobillo para activar el bombeo muscular y por tanto así evitar periodos prolongados de bipedestación y sedentación. Elevar los pies sobre el nivel del corazón durante 15-30 minutos varias veces al día, para reducir la sintomatología y el edema. Evitar el calor. Medidas de compresión elástica ya que mejoran el retorno venoso y reduce el reflujo, disminuyendo la presión venosa.<sup>16-20</sup>

<b>GRADO DE COMPRESIÓN*</b>	<b>INDICACIONES</b>
<b>Ligera-Moderada (8-17 mmHg)</b>	<b>Telangiectasias, varices de pequeño tamaño o escasamente sintomático.</b>
<b>Normal (22-29 mmHg)</b>	<b>IVC sintomática. Prevención de la aparición o recurrencia de úlceras venosas.</b>
<b>Fuerte (30-40 mmHg)</b>	<b>Tratamiento del Síndrome Post-flebítico, linfedema, úlceras venosas. IVC muy sintomática.</b>
<b>* El grado de compresión se refiere a la presión en mmHg ejercida a nivel del tobillo.</b>	
<b>Las medias de compresión normal y fuerte están financiadas por el S.N.S., pero las medias de compresión normal necesitan el visado de inspección médica.</b>	

#### 1.2.4 TRATAMIENTO

Dentro del tratamiento farmacológico existen los venotónicos como el Dobesilato de calcio a dosis de 250-750 mg cada 24 horas, Diosmina de 300 a 1200 mg cada 24 hrs, Escina (castaña de indias) de 60 a 200 mg cada 24 hrs; los cuales mejoran la sintomatología de la insuficiencia venosa.

La escleroterapia es una alternativa del tratamiento que consiste en la inyección intravenosa de una sustancia irritante, aplicando posteriormente compresión, con el

objetivo de producir una fibrosis que oblitera la vena. Esta técnica está indicada en las telangiectasias, varices de pequeño tamaño, y varices residuales posquirúrgicas. Siendo un procedimiento mínimamente agresivo, ambulatorio, no requiere anestesia, el cual proporciona un buen resultado estético.<sup>16-20</sup>

En los pacientes adherentes en quienes han fracasado las estrategias conservadoras (medias elásticas y/o flebotónicos) se indica cirugía. La cirugía hemodinámica de las varices se puede indicar en cualquier paciente con varices, independientemente del calibre de la safena y de las varices. Por otra parte, no depende tampoco su indicación del grado clínico de Clínica, Etiología, Anatomía y Patofisiología (CEAP); están incluidos igualmente pacientes en todos los grados clínicos, de C2 a C6. Los criterios de En la indicación de la cirugía tampoco es determinante la etiología; se puede seleccionar a pacientes con varices esenciales y posflebíticas. La indicación dependerá sólo de los hallazgos hemodinámicos; es decir, tienen indicación si las varices no son compensatorias de la obstrucción. En cuanto al seguimiento, además de hacer hincapié en el hábito de caminar, se aconseja una media elástica durante 3-4 semanas. El uso de heparinas de bajo peso molecular en dosis profilácticas durante 7-10 días es recomendable. Dentro de las complicaciones se encuentran trombosis venosa profunda y trombo embolismo pulmonar.<sup>19</sup>

### **1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El impacto de las enfermedades crónicas se han evaluado en términos de morbilidad y mortalidad, sin embargo, evaluar la calidad de vida es importante para las intervenciones del cuidado de la salud, siendo la Insuficiencia Venosa Crónica una de las patologías más comunes en el mundo occidental, la cual se acompaña de una significativa morbilidad y discapacidad debido a que los pacientes soslayan su padecimiento dificultado el diagnostico precoz.

Por lo que surge la pregunta.

¿Cuál es la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia Venosa Crónica de la UMF 28, IMSS?

## **1.4 JUSTIFICACION**

Se realizó el presente estudio, sobre calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia Venosa Crónica, por la gran magnitud del problema producido por la pérdida de jornadas laborales y la generación de múltiples ingresos hospitalarios, con un número muy importante de estancias hospitalarias. No solo son factores de riesgo o patologías que confluyen en un solo paciente es una entidad clínica que hoy denominamos Insuficiencia Venosa Crónica que impacta en nuestra población su morbilidad.

Además de la gran trascendencia que radica en las personas que lo padecen al presentar complicaciones como tromboembolia venosa profunda y trombo embolismo pulmonar cuyo desenlace podría concluir en la muerte. Por lo que identificar a las personas con Insuficiencia Venosa Crónica es un imperativo, moral, medico y económico que no se debe soslayar.

Siendo la calidad de vida un elemento considerado en la toma de decisiones sobre la implementación de formas de cuidado y asignación de recursos para el sistema de salud. La importancia de esta medición permite destacar el estado funcional del paciente que refleje su salud física, mental y social.

## **1.5 OBJETIVOS**

### **1.5.1 GENERAL**

- Evaluar la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia Venosa Crónica de la UMF 28

### **1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identifico el perfil socioeconómico de los pacientes con Insuficiencia Venosa Crónica
- Identifico el porcentaje de Insuficiencia Venosa Crónica por genero
- Identifico la frecuencia por turno de pacientes con Insuficiencia Venosa Crónica
- Identifico la frecuencia de los pacientes con estudios complementarios

## **1.6 HIPOTESIS**

En los estudio observacionales no se realiza hipótesis, sin embargo en este caso se realiza a petición del Comité de Salud

**HIPOTESIS 1 o VERDADERA:** La Insuficiencia Venosa Crónica modifica la calidad de de vida de los pacientes

**HIPOTESIS 0 o ALTERNA:** La Insuficiencia Venosa Crónica no altera la calidad de vida de los pacientes

## **2. MATERIALES Y METODOS**

### **2.1 TIPO DE INVESTIGACION**

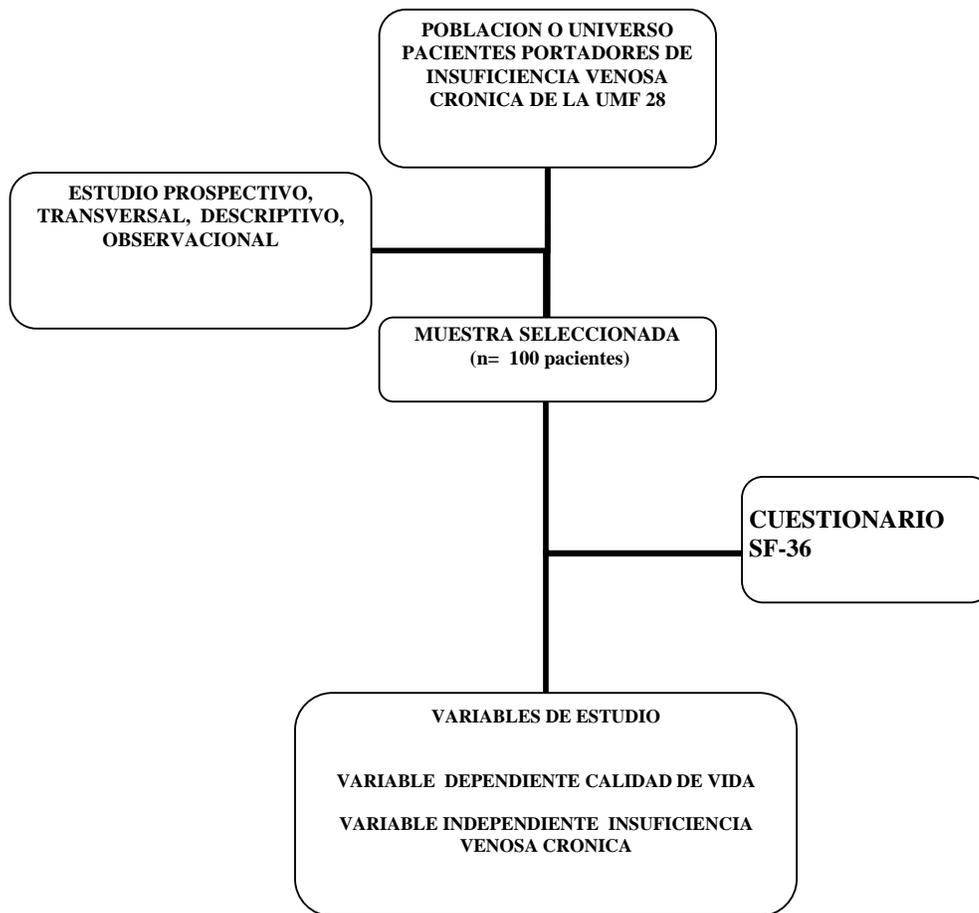
Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información: **prospectivo**

Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio: **transversal**

Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: **descriptivo**

De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que analiza: **observación**

### **2.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACION**



### **2.3 POBLACION, LUGAR Y TIEMPO**

El estudio se realizó en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No 28, en el Distrito Federal, México. Con diagnóstico de Insuficiencia Venosa Crónica. Se realizó durante septiembre - diciembre 2008.

### **2.4 MUESTRA**

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con una variable dicotómica; requirió 100 pacientes por grupo con un intervalo de confianza 90%. Con una proporción de 0.10. Con una amplitud 0.10 de intervalo de confianza. Selección fue por cuotas.

#### 2.4.1 DEFINICION DE CONCEPTO DE TAMAÑO DE LA MUESTRA

**N**= Número total de individuos requeridos

**Z alfa** = Es la desviación normal estandarizada para alfa bilateral

**P** = Proporción esperada

**(1-P)** = Nivel de confianza

**w**= Amplitud del intervalo de confianza

#### \*FORMULA PARA CALCULAR EL TAMAÑO DE LA MUESTRA

$$N = \frac{4 Z \text{ alfa}^2 P (1-P)}{w^2}$$

## 2.5 CRITERIOS

### 2.5.1 CRITERIOS DE INCLUSION

- Nuestra población diana fue pacientes portadores de Insuficiencia Venosa Crónica en la UMF 28.
- Se optó por pacientes mayores de 18 años de edad, sin distinción de sexo.
- Ambos turnos.

- Todo esto siempre y cuando el tiempo de evolución de la enfermedad sea de más de cinco años.

## 2.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes que no deseen participar y no aceptar firmar la carta de consentimiento informado.
- Pacientes que utilicen anticonceptivos hormonales.
- Pacientes que se encuentre embarazadas o lactando.
- Pacientes fumadores.
- Pacientes con neuropatía diabética.

## 2.5.3 CRITERIOS DE ELIMINACION

- Pacientes con pérdida de historia clínica que no se encuentre por tres intentos en los archivos de la UMF 28, o por fallecimiento del paciente, y por que el paciente ya no sea derechohabiente al IMSS.
- Encuesta incompleta

## 2.6 VARIABLES

### 2.6.1 TIPOS Y ESCALA DE MEDICION DE LAS VARIABLES DE INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD	CUANTITATIVA	CONTINUA	NUMEROS CONTINUOS
PESO	CUALITATIVA	NOMINAL	1=NORMAL 2=SOBREPESO 3=OBESIDAD
EJERCICIO	CUALITATIVA	NOMINAL	1=DE 30 MINUTOS A 1 HORA 2=DE 1 A 3 HRS

			3= MAS DE 3 HRS 4= SEDENTARISMO
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS	CUALITATIVA	NOMINAL	1=DOPPLER CONTINUO 2=ECO-DOPPLER 3=PLETISMOGRAFIA 4=SIN ESTUDIOS
TRATAMIENTO	CUALITATIVA	NOMINAL	1=FARMACOLOGICO 2=NO FARMACOLOGICO 3=QUIRURGICO

## 2.6.2 TIPOS Y ESCALA DE MEDICION DE LAS VARIABLES DEL TEST SF-36

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
DOLOR CORPORAL	CUALITATIVA	NOMINAL (DICOTOMICA)	1=POSITIVO 2=NEGATIVO
FUNCION FISICA	CUALITATIVA	NOMINAL	1=CON LIMITACION 2=SIN LIMITACION
ROL FISICO	CUALITATIVA	NOMINAL (DICOTOMICA)	1=POSITIVO 2=NEGATIVO
SALUD GENERAL	CUALITATIVA	NOMINAL (DICOTOMICA)	1=BUENA 2=MALA
VITALIDAD	CUALITATIVA	NOMINAL (DICOTOMICA)	1=PRESENTE 2=AUSENTE
FUNCION SOCIAL	CUALITATIVA	NOMINAL (DICOTOMICA)	1=BUENA 2=MALA

ROL EMOCIONAL	CUALITATIVA	NOMINAL (DICOTOMICA)	1=INTERFIERE EN SUS ACTIVIDADES DIARIAS 2=NO INTERFIERE EN SUS ACTIVIDADES DIARIAS
SALUD MENTAL	CUALITATIVA	NOMINAL (DICOTOMICA)	1=BUENA 2=MALA

### 2.6.3 TIPOS Y ESCALA DE MEDICION DE LAS VARIABLES GENERALES

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	DEFINICION OPERACIONAL
NUMERO DE FOLIO	CUANTITATIVA	CONTINUA	NUMEROS CONSECUTIVOS
TURNOS	CUALITATIVA	NOMINAL (DICOTOMICA)	1=MATUTINO 2=VESPERTINO
EDAD	CUANTITATIVA	CONTINUA	NUMEROS ENTEROS
SEXO	CUALITATIVA	NOMINAL (DICOTOMICA)	1=FEMENINO 2=MASCULINO
OCUPACION	CUALITATIVA	NOMINAL (DICOTOMICA)	1= EMPLEADO 2= DESEMPLEADO
NUMERO DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA	CUANTITATIVA	CONTINUA	NUMEROS ENTEROS
ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL	1=SOLTERO 2=CASADO 3=DIVORCIADO 4=VIUDO 5=UNION LIBRE

ESCOLARIDAD	CUALITATIVA	ORDINAL	1=PRIMARIA 2=SECUNDARIA 3=PREPARATORIA 4=LICENCIATURA
-------------	-------------	---------	--

## **2.7 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES INDEPENDIENTES Y DEPENDIENTES**

### ***2.7.1 VARIABLE INDEPENDIENTE***

#### ***2.7.1.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL***

Insuficiencia Venosa Crónica es la 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.

#### ***2.7.1.2 DEFINICION OPERATIVA***

Por medio de la presencia de manifestaciones clínicas: pesadez, dolor, prurito, cansancio, calambres musculares e hinchazón en miembros inferiores; que empeoran con el ortostatismo o calor y mejoran con el decúbito y el frío. Así como la presencia de estudios de gabinete complementarios como doppler continuo, eco-doppler y pletismografía.

### ***2.7.2 VARIABLE DEPENDIENTE***

### *2.7.2.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL*

Calidad de Vida es la 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.

### *2.7.2.2 DEFINICIÓN OPERATIVA*

Por medio del Cuestionario de salud SF-36 versión corta el cual consta de 36 ítems, que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física; función social; rol físico; rol emocional; salud mental; vitalidad; salud general y salud mental. Asignación de puntaje, Enfoque Rand es simple. Transforma el puntaje a escala de 0 a 100 (lo mejor es 100). Por ejemplo pregunta de 3 categorías se puntan 0 - 50- 100; con 5 categorías se puntan 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100. Luego, los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100. Los ítems no respondidos no se consideran.

## **2.8 DISEÑO ESTADÍSTICO**

El objetivo del trabajo fue evaluar la calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Venosa Crónica. Se estudio un solo grupo, se realizó una sola medición las variables cualitativas, se utilizó medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza. El tipo de muestra es no representativa. El estudio de variables es aplicar Chi cuadrada para determinar si la diferencia de frecuencias es significativa.

## **2.9 INSTRUMENTO DE RECOLECCION**

Se diseño un formato de presentación con los datos de identificación personalizada, como son numero de folio, turno del paciente, nombre del paciente, edad, estado civil,

ocupación, número de integrantes de la familia además que se agregaron variables de la enfermedad a estudiar y el instrumento de evaluación familiar. El constructo se encuentra en anexos.

## **2. 10 METODO DE RECOLECCION**

Se aplicó el cuestionario SF-36 previa autorización de las autoridades de la clínica y se utilizó la técnica de entrevista individual realizada a los pacientes que asistan a consulta de forma ordinaria en la unidad de estudio correspondiente. Se dio un tiempo de 30 minutos para la realización del instrumento de calidad de vida.

## **2.11 MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS**

Se aplicó el instrumento de calidad de vida en forma individual. Se reconocen que existen sesgos de información el cual no se puede controlar por el investigador. Los sujetos deben ser informados de que no existen respuestas buenas o malas pero que se deben contestar con honestidad. El examinador debe decir: Usted no puede dejar una pregunta en blanco, El examinador no discutió ninguna pregunta con el sujeto, explicando que debe ser el quien debe buscar sus percepciones u opiniones. Si el

sujeto pregunta el significado de una palabra, si es posible, deberá darse la definición del cuestionario. El examinador reviso la prueba, para asegurar de que solo una de las respuestas alternativas ha sido señalada para cada pregunta.



## 2.12 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FECHA	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT
TITULO	X						
ANTECEDENTES DEL TEMA (15 artículos con resumen o matriz)		X					
MARCO TEORICO		X					
BIBLIOGRAFIA		X					
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES		X					
PORTA (HOJA FRONTAL)			X				
MARCO TEORICO			X				
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA			X				
JUSTIFICACION			X				
OBJETIVOS			X				
HIPOTESIS			X				
MATERIL Y METODOS (avances)			X				
MATERIAL Y METODOS				X			
TIPO DE ESTUDIO				X			
POBLACION, LUGAR Y TIEMPO				X			
MUESTRA				X			
CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION				X			
VARIABLES (TIPO Y ESCALA DE MEDICION)				X			
DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES					X		
DISEÑO ESTADISTICO					X		
INSTRUMENTO (S) DE RECOLECCION DE TADOS					X		
METODOS DE RECOLECCION DE DATOS					X		
MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SESGOS					X		

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO					X		
CONSIDERACIONES ETICAS					X		
ANEXOS					X		
REGISTRO Y AUTORIZACION DEL PROYECTO						X	
PRUEBA PILOTO							X

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PORTADORES DE  
INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA DE LA UMF 28, 2007**

**2008**

	<b>SEPTIEMBRE</b>	<b>OCTUBRE</b>	<b>NOVIEMBRE</b>	<b>DICIEMBRE</b>
Recolección de datos 60% Tamaño de la muestra. Almacenamiento en base de datos	<b>X</b>			
Recolección de datos 80% Tamaño de la muestra. Almacenamiento en base de datos		<b>X</b>		
Recolección de datos 100% Tamaño de la muestra. Almacenamiento en base de datos			<b>X</b>	
1. Analisis estadístico de la información. 2.Descripción de resultados 3. Conclusión del estudio. 4.Integración y revisión final 5. Impresión del				<b>X</b>

trabajo en forma de tesis.				
----------------------------	--	--	--	--

### **2.13 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO**

Para este proyecto solo el investigador (residente de segundo año de la especialidad de Medicina Familiar) fue quien realizó todas las actividades.

Para la realización de esta investigación se conto con una computadora Compaq precario 2100, con procesador AMT talón XP, disquetes de 3/2, disco compacto y unidad de almacenamiento (USB) para almacenar toda la investigación. Servicio de fotocopiado para reproducir el test de evaluación familiar y cuestionario de presentación, lápices, borradores. Los gastos en general se absorbieron por residente de segundo grado de medicina familiar.

## **2.14 CONSIDERACIONES ETICAS**

El presente protocolo de investigación se apega a la normas de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Cumple con las normas establecidas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 7 de Febrero de 1987.

En donde se clasifica ésta investigación como riesgo 1: investigación sin riesgo, según lo dictado en el Título Segundo, Capítulo 1, Artículo 17° “investigación sin riesgo, son aquellos que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos, y en aquellos en los que no realiza alguna intervención o modificación intencionada de las variables fisiológicas, o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se encuentran cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en las que no se identifiquen ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”.

Se integra la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación de acuerdo a la Ley General de Salud Artículo 100 Fracción IV 320 y 321. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestaciones de servicios médicos Artículo 80 y 81. Identificación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia venosa crónica de la UMF 28, se encuentra en anexos.<sup>22,23,24</sup>

NOM-168-SSA-1998 de Expediente Clínico. Numerales 4.2 y 10.11

### 3. RESULTADOS

Se aplicaron 100 cuestionarios a pacientes que reunieron los criterios de inclusión de los cuales 63 pacientes fueron del turno vespertino y 37 pacientes del turno matutino.

La variable edad tuvo un rango de 24 a 89 años con una media de 59.96, mediana de 63.00, desviación estándar de 17.326. Ver cuadro 1.

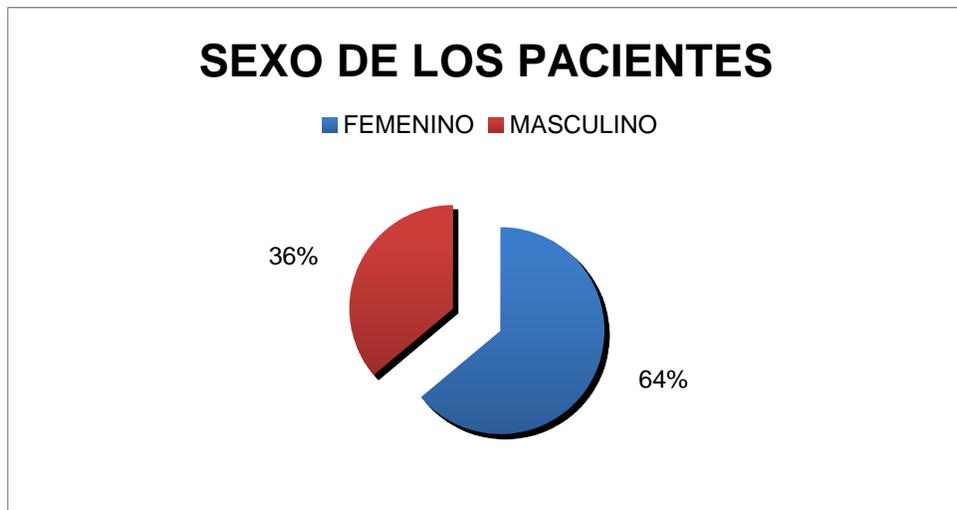
**CUADRO 1**  
**EDAD DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS**

VALORES	
MINIMO	24 años
MÁXIMO	89 años
MEDIA	59.96
DESVIACION ESTANDAR	17.32

FUENTE: Cuestionario aplicados

La distribución por sexo se muestra en la grafica 1.

**GRAFICA 1**



FUENTE: Cuestionario aplicados

En la grafica número dos se muestra la frecuencia y el porcentaje de las ocupaciones que se encontraron en los pacientes encuestados

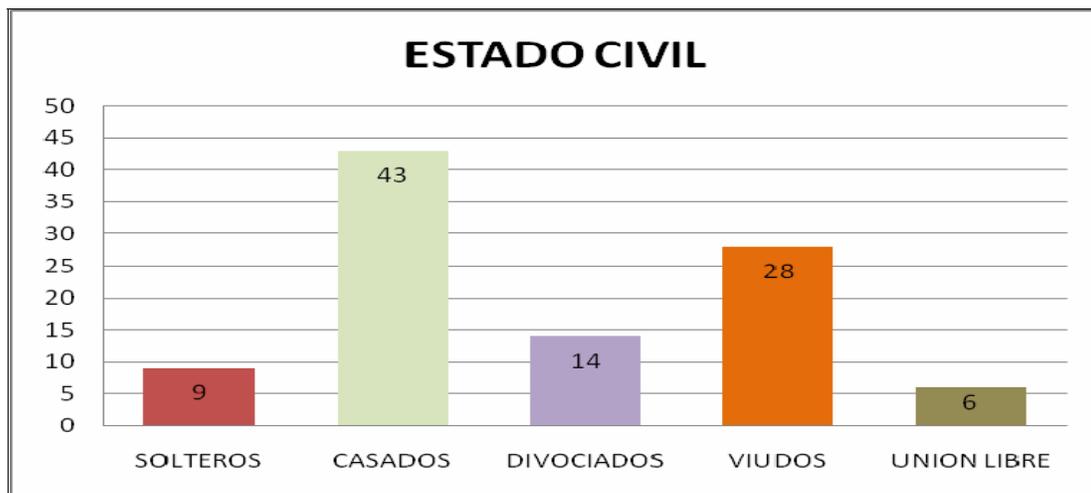
**GRAFICA 2**



FUENTE: Cuestionario aplicados

La grafica numero tres muestra la variable estado civil de los pacientes con Insuficiencia Venosa Crónica de la UMF # 28 del IMSS.

**GRAFICA 3**



FUENTE Cuestionario aplicados

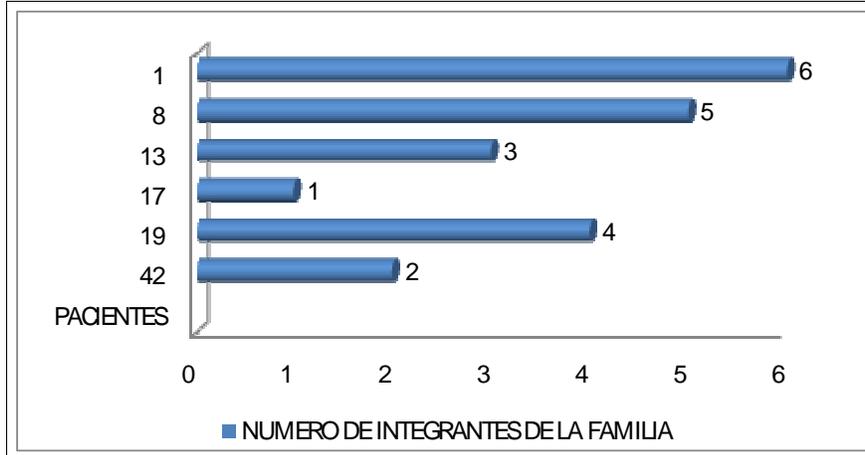
En la siguiente grafica se ejemplifica el número de integrantes que existen en cada familia de los pacientes encuestados.

Con una media de 2.62 integrantes de la familia, una mediana de 2.00. Desviación de 1.254, un mínimo de 1 y un máximo de 6 integrantes.

**GRAFICA 4**

**INTEGRANTES FAMILIARES DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS EN LA**

**UMF # 28 DEL IMSS**



FUENTE: Cuestionario aplicados

En la actividad física, la frecuencia y porcentaje se muestran en el siguiente grafica.

**GRAFICA 5**



FUENTE: Cuestionario aplicados

En cuanto a los años académicos de los pacientes la relación se muestra en el siguiente cuadro:

**CUADRO 3**

**ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS**

PACIENTES	AÑOS ACADEMICOS
18	16
15	12
14	11
9	9
15	12

7	13
6	8
6	10
5	15
4	7
4	14
4	17
2	2
2	5
2	6
1	3
1	4

FUENTE: Cuestionario aplicados

Con un mínimo de 1 y un máximo de 40 años de evolución de la enfermedad, media de 7.63 años de evolución de la enfermedad y desviación estándar de 7.039, son los resultados obtenidos de los años de evolución de la enfermedad. Los cuales se muestran en el siguiente cuadro.

#### CUADRO 4

VALORES	
MINIMO	01 años
MÁXIMO	40 años
MEDIA	7.63
DESVIACION ESTANDAR	7.039

FUENTE: Cuestionario aplicados

En la variable de peso de los pacientes, los resultados obtenidos se muestran en la siguiente grafica.

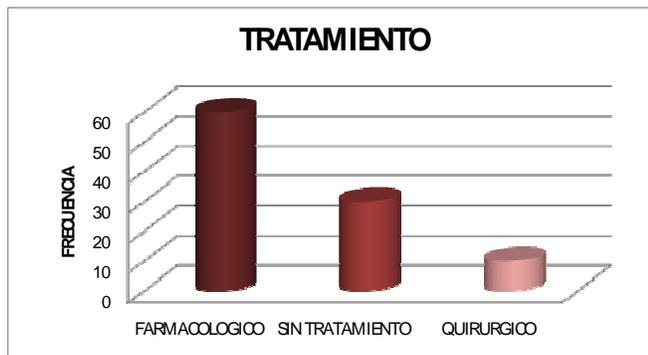
#### GRAFICA 6



FUENTE: Cuestionario aplicados

Con respecto al tratamiento de los pacientes, ver la siguiente grafica.

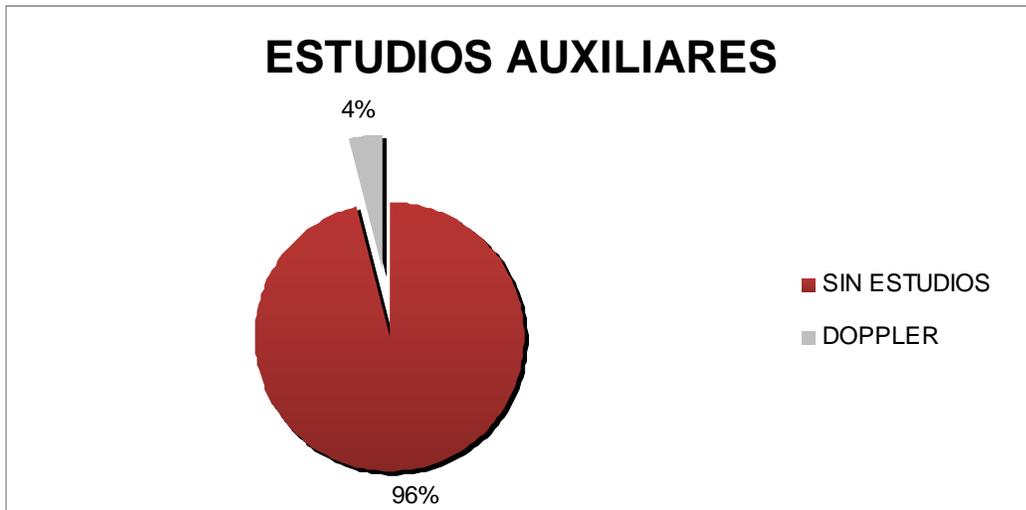
**GRAFICA 7**



FUENTE: Cuestionario aplicados

En la variable de estudios realizados por el médico que le brinda atención médica ver la siguiente grafica.

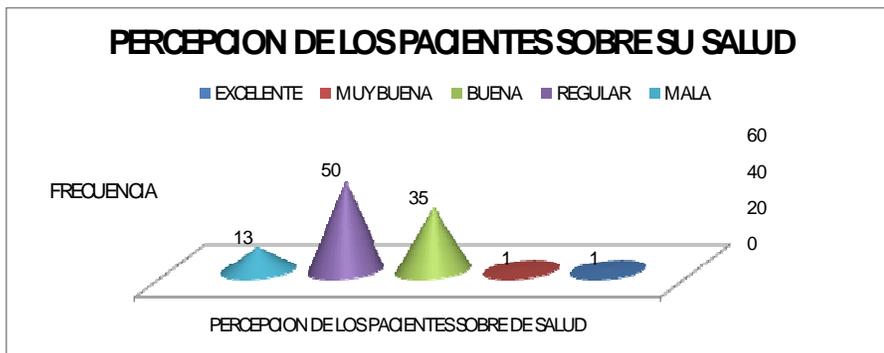
**GRAFICA 8**



FUENTE: Cuestionario aplicados

En cuanto a la auto percepción de los pacientes de su salud, se obtuvieron los siguientes resultados.

**GRAFICA 9**



FUENTE Cuestionario aplicados

En el cuadro 5 se muestra el análisis estadístico inferencial.

**CUADRO 5**

ITEMS CUESTIONARIO SF-36	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR
<b>Función Física</b>	47.39	34.25
<b>Rol Físico</b>	58.90	46.97
<b>Rol Emocional</b>	65.33	47.59

<b>Función Social</b>	52.13	25.77
<b>Dolor Corporal</b>	57.20	28.09
<b>Vitalidad</b>	60.85	18.97
<b>Salud Mental</b>	68.15	19.04
<b>Percepción de Salud General</b>	49.55	27.25

FUENTE: Cuestionarios aplicados

En Cuanto a la Calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia Venosa Crónica se muestra en la grafica 10.

**GRAFICA 10**



FUENTE: Cuestionarios aplicados

En la grafica 11 se muestra la relación de calidad de vida en pacientes con I.V.C. por decenios de edad.

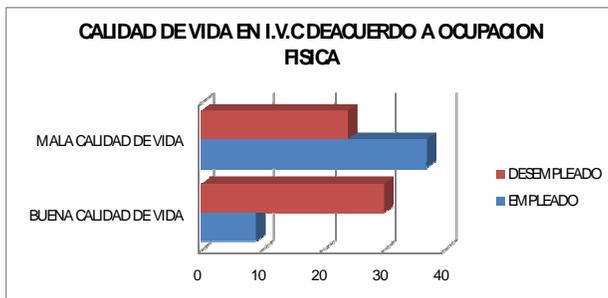
**GRAFICA 11**



FUENTE: Cuestionarios aplicados

Los pacientes con Insuficiencia Venosa Crónica empleados presentan mala calidad de vida con respecto a los desempleados como se en la siguiente grafica.

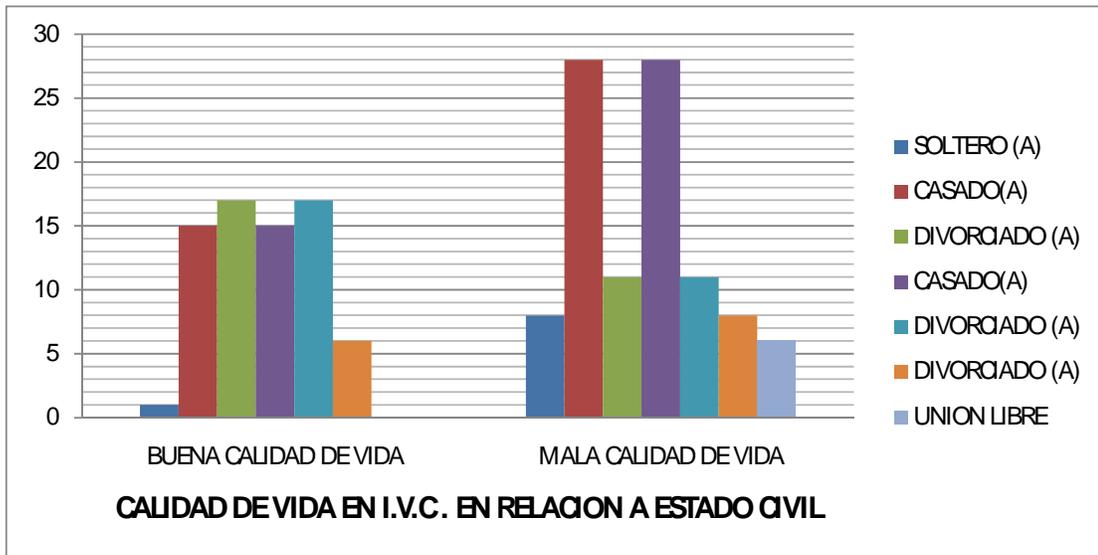
**GRAFICA 12**



FUENTE: Cuestionarios aplicados

Con respecto a la calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Venosa Crónica en relación con estado civil se ejemplifica en la grafica 13.

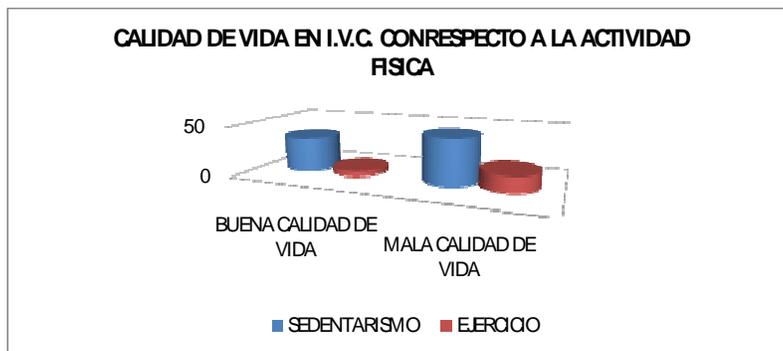
**GRAFICA 13**



FUENTE: Cuestionarios aplicados

En pacientes con Insuficiencia Venosa Crónica se corrobora que presentan mala calidad de vida aquellos que no realizan ninguna actividad como se muestra en la siguiente grafica.

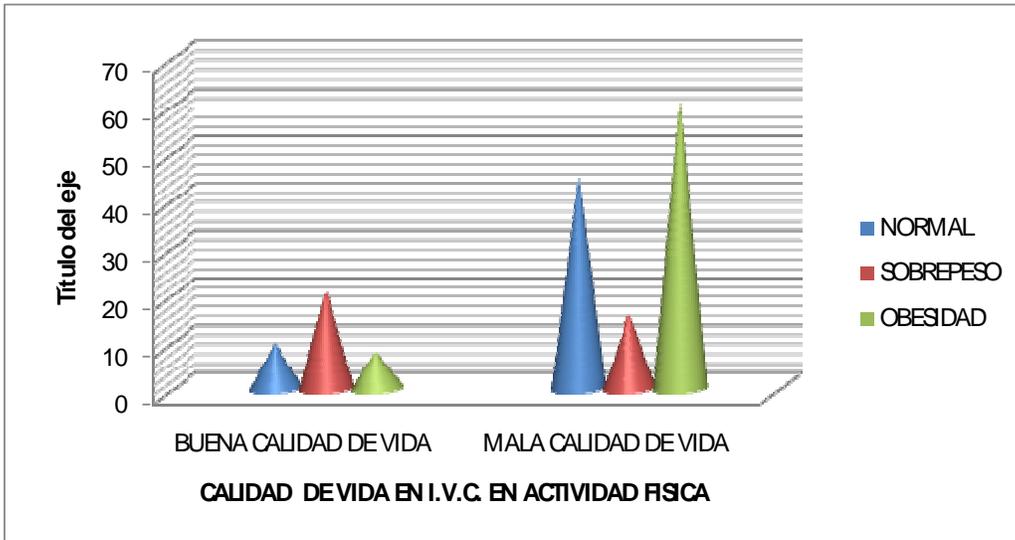
### GRAFICA 14



FUENTE: Cuestionarios Aplicados

En cuanto a la variable de peso de los pacientes la calidad de vida en Insuficiencia Venosa Crónica se muestra en la siguiente grafica.

### GRAFICA 15



FUENTE: Cuestionarios aplicados

#### **4. DISCUSION**

El estudiar la calidad de vida en enfermedades crónicas nos da una herramienta que permite establecer los programas de salud de acuerdo con sus propias necesidades de atención para prevenir y evitar complicaciones en los pacientes que la padecen.

En el caso de nuestro estudio de investigación que se realizó para conocer la calidad de vida en los pacientes portadores de Insuficiencia Venosa Crónica de la UMF # 28 del IMSS, queda demostrado que dicha patología la cual es muy común en nuestro medio provoca incapacidad a quien la padece en varios rubros que evalúa el Cuestionario SF-36 como es la función física y social, vitalidad, salud mental, emocional, dolor corporal. En el presente estudio los pacientes encuestados presentaron mayor deterioro en la función física a diferencia de la salud mental.

Como se menciona en la justificación, la realización de este estudio es por la gran magnitud del problema producido por la pérdida de jornadas laborales y la generación de múltiples ingresos hospitalarios, con un número muy importante de estancias hospitalarias condicionando incremento en el gasto económico tanto del paciente como de la institución, ya que es algo que se puede prevenir desde sus inicios y evitar que el paciente evolucione hasta poner en peligro su integridad física y le cause limitaciones para la deambulacion.

Al comparar los resultados obtenidos en este estudio con la literatura consultada sobre todo en lo aportado por el Hospital Regional López Mateos del ISSSTE, quien en 2006 realizó un estudio similar, donde identifica que los pacientes portadores de Insuficiencia Venosa Crónica perciben mala calidad de vida repercutiendo tanto en la salud física como mental. Lo que hace reflexionar con respecto a esta entidad clínica, ya que no se debe ignorar ni pasar por alto su prevención y si esto no fuera posible realizar un diagnóstico oportuno. Pero además tanto en la literatura como en la práctica una vez más se confirma que los factores de riesgo como la obesidad, el sedentarismo, los años de evolución de la enfermedad y la edad del paciente condicionan que perciban una mala calidad de vida, esta apreciación es más frecuente en el sexo femenino.

La percepción de calidad de vida en estos pacientes es independiente de que cuenten o no con tratamiento, por lo que se sugiere como de línea de investigación, analizando con mas profundidad todos aquellos factores que se ven involucrados en esta patología como son: el apego al tratamiento, si existe o no el apoyo familiar, con que redes cuentan estos pacientes y si existe una respuesta adecuada al tratamiento.

Como se demostró en este estudio el 96% de los pacientes no cuentan con estudios complementarios, lo que dificulta la elección terapéutica mas adecuada para prevenir complicaciones de la entidad en la población; esto da pauta para iniciar otro estudio de investigación.

Siendo los Médicos Familiares, el primer contacto con el paciente a los servicios de salud, es necesario informarles acerca de los factores de riesgo para las enfermedades crónico-degenerativas, no se debe soslayar en cuento a esta entidad clínica ya que como se ha demostrado discapacita y merma la salud física y mental de quien la padece. Además es una patología que se puede prevenir y con esto mantener una buena calidad de vida.

La aportación relevante del estudio es el enfoque medico familiar que se le dio. En donde se la tipología familiar encontrada fue urbana, moderna, de nivel socio económico medio. El promedio de integrantes que conforman estas familias es de dos sujetos. Así como el promedio de escolaridad de los pacientes fue de once años académicos.

## 5. CONCLUSION

El objetivo de estudio de investigación se cumplió ya que se demostró que los pacientes con Insuficiencia Venosa Crónica tienen mala calidad de vida, teniendo como factores predisponentes el sobrepeso, el sedentarismo y los años de evolución de la enfermedad.

Se demostró que el sexo femenino es el que presenta mala calidad de vida con respecto al sexo masculino con Insuficiencia Venosa Crónica.

En cuanto a la edad de los pacientes presentan mala calidad de vida por encima de la cuarta década de la vida. Así como los pacientes empleados son los que tienen mala calidad de vida en contraste con los desempleados.

Los pacientes que cuentan con cinco años de evolución de la enfermedad son los que tienen mala calidad de vida con respecto a los que cuentan con más años de evolución de la enfermedad.

Cabe señalar que en nuestra población UMF 28, de los 100 pacientes encuestados con diagnóstico de Insuficiencia Venosa Crónica solo el 4% cuenta con estudios auxiliares (Doppler) y el 96% restante nunca se le han realizado estudios complementarios. Lo que deja abierta una línea de investigación para conocer los motivos por los que no se realizan dichos estudios.

Como era de esperarse los pacientes que tienen mala calidad de vida son aquellos que no realizan ninguna actividad física.

Aunque se considere a la Insuficiencia Venosa Crónica como una patología común no se debe de restar importancia en enfatizar las medidas preventivas para evitar su aparición o bien en quien la padece discapacidad siendo motivo de múltiples ingresos hospitalarios provocando pérdidas económicas individuales e institucionales.

## 6. BIBLIOGRAFIA

1. Espinoza Henao OM. Enfoques, teorías y nuevos rumbos del concepto calidad de vida. [http://www.naya.org.ar/congreso2000/potencias/Oscar\\_Mauricio\\_Espinosa.htm](http://www.naya.org.ar/congreso2000/potencias/Oscar_Mauricio_Espinosa.htm).
2. Gómez M, Sabeh E. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Facultad de Psicología Universidad de Salamanca. <http://campus.usal.es/inico/investigación/calidad.htm>.
3. Promoción de la Salud: Una Antología. Publi. Cient. OMS, Washington. 1996.
4. Velarde Jurado E. MC y cols. Evaluación de la calidad de vida. Salud Pub Mex. 2002; 44(4):349-361.
5. Schwartzmann L. Calidad de Vida Relacionada con la Salud Aspectos Conceptuales. Ciencia y Enfermería IX. 2003; 9 (2): 9-21
6. Tuesca Molina R. La Calidad de Vida, su importancia y como medirla. Salud Uninorte. Barranquilla. 2005; 2:76-86
7. Velarde Jurado EMC y cols. Consideraciones Metodológicas para evaluar la calidad de vida. Salud Pub Mex 2002; 44(5): 448-463.
8. Ware John. SF-36 Health Survey Update. 2004. <http://www.sf-36.org/>
9. Zúñiga y cols. Evaluación del Estado de Salud con la encuesta SF-36: resultados preliminares en México. Salud Pub Mex 2002; 41 (2):110-118.
10. Rosas Flores M y cols. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia venosa crónica. Cirugía General 2006; 28(3):153-159.
11. Smith JJ y cols. Measuring the quality of life in patients with venous ulcers. J Vasc Surg. 2000; 31 (4):642-649.
12. Calvo y cols. Insuficiencia Venosa Crónica. Conceptos actuales. Ann Cirugía Cardíaca y Vasc. 2004; 10(2):96-143.
13. Kaplan RM y cols. Quality of life in patients with chronic venous disease: San Diego population study. J Vasc Surg. 2003; 37 (5): 1047-1053.
14. Gesto-Castromil R y cols. Encuesta epidemiológica realizada en España sobre la prevalencia asistencial de la insuficiencia venosa crónica en atención primaria. Estudio DETECT-IVC. Angiología. 2001; 53(4): 249-260
15. Sigler ML y cols. Insuficiencia Venosa Crónica en la República Mexicana. Rev Mex Angiol 2004; 32(2):44-46

16. 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):336-344
17. Rodríguez Pendas J y cols. Insuficiencia Venosa Crónica. Guías Clínicas. 2002; 2(21):1-4
18. Vila R. Exploración hemodinámica en la insuficiencia venosa crónica. Ann Cir Card Vasc 2004; 10(2):96-143
19. Samsó J y cols. Guía Básica para el diagnóstico no invasivo de la insuficiencia venosa. Angiología. 2002; 54(1):44-56
20. Méndez-Herrero MA y cols. Cirugía hemodinámica de la insuficiencia venosa ambulatoria. Angiología. 2006; 58 (Supl2): S11-S15
21. García Mingo J. Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica con esclerosantes en espuma: método F. M. S. Ann Cir Card Vasc 2001; 7 (4): 300-324.
22. Declaración de Helsinki de la asociación Medica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2008
23. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Atención Médica. Capitulo IV. Artículos 80 y 81. México
24. Diario Oficial de la Federación 7 de Febrero de 1987. Revista de Administración Pública. 442-455.
25. Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas: Redacción y preparación de la edición de una publicación biomédica. Biomedical Journals. 2006

# ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28  
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

ASPECTOS ETICOS:  
**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Para la participación en el proyecto:  
**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PORTADORES DE INSUFICIENCIA  
VENOSA CRONICA DE LA UMF 28**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ . FECHA: \_\_\_\_\_

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado “CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PORTADORES DE INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA DE LA UMF 28”.

El objetivo de este estudio es CONOCER LA CALIDAD DE VIDA CON PACIENTES PORTADORES INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA DE DE LA UMF 28

Declaro que se ha informado ampliamente sobre los beneficios, inconvenientes y molestias derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes: Beneficios mayor vigilancia y acceso a estudios de gabinete que normalmente no están disponibles para la atención rutinaria de los pacientes, inconvenientes y molestias como es la veno-punción, responder a la entrevista dirigida. El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre el procedimiento alternativo adecuada que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, a si como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee a cerca de los que se llevara acabo. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se identificara en la presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, y aunque este pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de investigador

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de testigo

**ANEXO "B"**  
**ENCUESTA APLICATIVA DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN  
CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PORTADORES INSUFICIENCIA  
VENOSA CRONICA DE DE LA UMF 28**

**DATOS DE IDENTIFICACION**

FECHA: \_\_\_\_\_ No DE FOLIO \_\_\_\_\_

TURNO DEL PACIENTE (1) MATUTINO (2) VESPERTINO

EDAD \_\_\_\_\_

SEXO (1) Femenino (2) Masculino

SITUACION LABORAL (1) Empleado (2) Desempleado

NUMERO DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA: \_\_\_\_\_

**ESTADO CIVIL**

- (1) Soltero (a)
- (2) Casado (a)
- (3) Viudo (a)
- (4) Divorciado (a)
- (5) Unión libre

**ESCOLARIDAD**

- (1) Primaria
- (2) Secundaria
- (3) Preparatoria o Bachillerato
- (4) Licenciatura

TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD EN AÑOS: \_\_\_\_\_

**ACTIVIDAD FISICA**

- (1) Sedentarismo
- (2) Ejercicio

**PESO**

- (1) Normal (18.5-24.9 kg/m<sup>2</sup>)
- (2) Sobrepeso (25-29.9 kg/m<sup>2</sup>)
- (3) Obesidad (>30 kg/m<sup>2</sup>)

**TRATAMIENTO**

- (1) Farmacológico
- (2) No Farmacológico
- (3) Quirúrgico

**ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:**

- (1) Doppler Continuo
- (2) Eco-Doppler
- (3) Pletismografía
- (4) Sin estudios

## ANEXO “C”

### CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

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

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 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 O COSAS 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?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 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?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

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

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

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

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

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

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

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

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

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

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

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

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

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

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 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?

- 1. Sí
- 2. No

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

- 1. Sí
- 2. 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?

- 1. Sí
- 2. No



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 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 5 Nunca

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

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

Enfoque Rand es simple.

Transforma el puntaje a escala de 0 a 100 (lo mejor es 100).

Por ejemplo pregunta de 3 categorías se puntan 0 - 50- 100; con 5 categorías se puntan 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100. Luego, los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100.

Los ítems no respondidos no se consideran.