



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PORTADORES DE INSUFICIENCIA VENOSA
CRÓNICA”**

TESIS

Que para obtener el título de posgrado en la
Especialidad de
Medicina familiar

Presenta:

Dra. Diana Brisa Hernández Leyva

Asesor:

Dra. Ivonne Anali Roy García

Dr. Vitalio Montuy Vidal

Cd Universitaria, Cd. Mx., 2017

Facultad de Medicina





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 3 SUR
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28 “GABRIEL MANCERA”
CIUDAD DE MÉXICO
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD

AUTORIZACIÓN DE TESIS

“calidad de vida en pacientes portadores de insuficiencia venosa crónica.

Dra. Gloria Mara Pimentel Redondo
Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”

Dra. Lourdes Navarro Susano
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

Dra. Laila Menha Hernández
Profesor Titular de la Especialización de Medicina Familiar UMF No. 28

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28 "GABRIEL MANCERA"

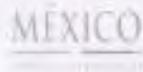
ASESOR DE TESIS

Dra. Ivonne Analí Roy García

Coordinador de programas médicos, división de mejora de la investigación y
Directora de Tesis

Dr. Vitalio Montuy Vidal

Médico internista UMF 28 IMSS. Asesor clínico



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **3609** con número de registro **13 CI 09 014 189** ante COFEPRIS
H GRAL ZONA 1 CARLOS MC GREGOR, D.F. SUR

FECHA **05/12/2016**

DR. VITALIO MONTUY VIDAL

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PORTADORES DE INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2016-3609-66

ATENTAMENTE

DR. (A). FRANCISCO JAVIER PADILLA DEL TORO
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3609

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

DIRECCION REGIONAL CENTRO
DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS
UMF No 28 "GABRIEL MANCERA"
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

Título:

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

Propuesta de anteproyecto que con motivo de tesis para obtener la especialidad en Medicina Familiar

PRESENTA:

DRA DIANA BRISA HERNANDEZ LEYVA

Médico Residente de 3° año de la especialidad de Medicina Familiar

Matrícula: 99217760

Lugar de trabajo: Consulta Externa

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar N° 28 "Gabriel Mancera", Delegación 3 Sur, Distrito Federal.

Tel: 55 10 48 72 42 **Fax:** sin fax

e-mail: dian-brisa@hotmail.com

ASESORES:

DRA. IVONNE ANALÍ ROY GARCÍA

Coordinador de programas médicos, división de mejora de la investigación

Matrícula: 99377372

Lugar de trabajo: CMNS XXI

Adscripción: Delegación Sur, D.F. IMSS

Tel: 55 22 70 47 50 **Fax:** sin fax

e-mail: ivonne.roy@imss.gob.mx

RESUMEN:

Introducción: la insuficiencia venosa crónica (IVC) tiene una prevalencia mundial del 10 – 15%, existe múltiples factores de riesgo para su presentación, además de múltiples manifestaciones y signos clínicos, además de la evaluación mediante la clasificación internacional CEAP. La calidad de vida como medida de resultados es primordial en los estudios de diagnóstico y tratamiento, siendo responsable de importantes cambios clínicos, dentro de los instrumentos utilizados para valorar la calidad de vida se encuentra el CIVIC-20 el cual es un cuestionario validado en español con buenos resultados.

Objetivo: se determinó el nivel de la calidad de vida en pacientes con IVC en el primer nivel de atención.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo en pacientes con IVC en, en el 2016, en la Unidad de Medicina Familiar Núm. 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social, cálculo de muestra para una proporción, muestreo probabilístico, aleatorio simple, utilizando el cuestionario CIVIC-20 para calidad de vida (alpha-Cronbach 0.820), $P < 0.001$) y la clasificación CEAP.

Resultados: la muestra final estuvo conformada por 351 pacientes en donde en donde la población más afectada fue en mujeres en un 90%, en una edad promedio de 58 años con un tiempo aproximado de 9 años de evolución, donde el estadio clínico más frecuente fue la C2 que corresponde a varices, afectando principalmente la calidad de vida en las esferas psicológicas y de dolor respectivamente.

Conclusiones: la insuficiencia venosa crónica se asocia a una percepción de mala calidad de vida afectando principalmente la esfera psicológica, la cual disminuye conforme la enfermedad avanza. Predominando los estadios C2 y C1 con factores de riesgo modificables como el sedentarismo, el sobrepeso, el tabaquismo y el estilo de vida.

Palabras clave: Insuficiencia Venosa Crónica, calidad de vida, CIVIC-20.

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	8
II.	MARCO TEORICO.....	9
	1. DEFINICIÓN.....	9
	2. EPIDEMIOLOGÍA.....	9
	3. FISIOPATOLOGÍA.....	10
	4. FACTORES DE RIESGO Y MANIFESTACIONES CLINICAS.....	11
	4.1 CUADRO CLINICO.....	12
	4.2 CLASIFICACION.....	14
	5. DIAGNOSTICO	
	5.1 ANAMNESIS.....	15
	5.2 EVALUACION CLINICA.....	15
	5.3 ESTUDIOS DIAGNOSTICOS ADICIONALES.....	16
	5.4 ULTRASONIDO DUPLEX.....	16
	5.5 DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES.....	17
	6. TRATAMIENTO.....	17
	7. CALIDAD DE VIDA E INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA.....	18
III.	JUSTIFICACION.....	22
IV.	PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	23
V.	OBJETIVO.....	23
VI.	TIPO DE ESTUDIO.....	23
VII.	VARIABLES.....	24
VIII.	TAMAÑO DE MUESTRA.....	26
IX.	METODOLOGÍA DE RECOLECCION DE DATOS.....	26
X.	DISEÑO ESTADISTICO.....	27
XI.	ASPECTOS ETICOS.....	27
XII.	RESULTADOS.....	29
XIII.	DISCUSIÓN.....	38
XIV.	CONCLUSION.....	39
XV.	REFERENCIAS.....	40

I. INTRODUCCION:

La insuficiencia venosa crónica es una de las patologías más comunes en el mundo occidental, acompañándose de una significativa morbilidad y costo económico. En los Estados Unidos de América se reporta un total de 1500, 000 casos nuevos por año, lo que representa un costo de medio billón de dólares. ⁽¹⁾

A diferencia de otros padecimientos crónicos, los médicos y los pacientes tienden a restarle importancia a la presencia y gravedad de los trastornos venosos que se presentan lo que genera un mal diagnóstico, tratamiento inoportuno y presencia de complicaciones. ⁽⁸⁾

El consenso Internacional del Comité de Enfermedades Venosas Crónica de la Sociedad Internacional de Cirugía Vascul ar define esta patología como una “función anormal del sistema venoso causada por incompetencia valvular con o sin obstrucción del flujo venoso causada por incompetencia valvular con o sin obstrucción del flujo venoso de salida, lo cual puede afectar el sistema venoso superficial, al sistema venoso profundo o ambos. La disfunción venosa puede ser resultado de desórdenes adquiridos o congénitos”. La insuficiencia venosa presenta una amplia sintomatología y manifestaciones clínicas que van desde telangiectasias a datos más avanzados como fibrosis y úlceras, La evaluación clínica se realiza mediante la CEAP (C: manifestaciones clínicas, E: etiología, A: distribución anatómica, P: condición fisiopatológica) En cuanto a la terapia existe terapia de compresión, de higiene venosa, farmacológica, y quirúrgica. ⁽⁸⁾.

El concepto de calidad de vida hace referencia a la evaluación objetiva y subjetiva de los siguientes puntos: salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos y se define como el bienestar físico mental y psicológico, tal como lo describe cada individuo ⁽¹⁾, se han utilizado y evaluado instrumentos que evalúan la calidad de vida siendo el cuestionario CIVIC-2º (Chronic Venous Disease Quality of Life Questionnaire), inicialmente creado en Francés y traducido al español, el que se ha utilizado en diferentes estudios de habla hispana con buenos resultados, mostrando su aplicación en México, este está constituido por cuatro escalas (dolor, función física, función social y función psicológica), cada escala presenta diferentes puntajes mínimos y

máximos; en este caso, una menor puntuación en las diferentes escalas indica una mejor calidad de vida ⁽⁸⁾

II.MARCO TEORICO

1. DEFINICION

La insuficiencia venosa es una patología caracterizada por “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 Unión Internacional de Flebología estableció la definición de insuficiencia venosa crónica, como aquellos cambios producidos en las extremidades inferiores resultado de la hipertensión venosa prolongada; también definió las varices como venas dilatadas a consecuencia de la alteración de las válvulas y o de la pared venosa. ⁽¹⁾

La enfermedad venosa crónica es una condición de alta prevalencia que afecta a millones de personas en todo el mundo ⁽²⁾ e incurre en altos costos para el tratamiento. Esta patología abarca una amplia gama de condiciones, síntomas y signos, a través de las telangiectasias y venas varicosas además de cambios en la piel como dermatitis eczematosa, lipodermatoesclerosis y ulceración de las extremidades inferiores. Estas manifestaciones clínicas se encuentran asociadas a deterioro en la calidad de vida y costos de atención médica importantes asociados a pérdida de la productividad y atención médica. ^(3,4,5). Siendo las úlceras venosas la manifestación más severa de la insuficiencia venosa, donde la frecuencia y cronicidad tienen un alto impacto económico. En Estados Unidos se calcula que existen aproximadamente 2.5 millones de personas con insuficiencia venosa crónica, 20% de los cuales se encuentran afectados con úlceras venosas.

La presencia de insuficiencia venosa crónica de extremidades inferiores determinan un elevado costo personal y social, asociado a dolor, el disconfort y los trastornos tróficos que determinan una alta incidencia en la calidad de vida de los pacientes afectados.⁽⁵⁾

2. EPIDEMIOLOGIA:

Los trastornos de la circulación venosa de las extremidades inferiores constituyen una de las patologías más frecuentes en las sociedades occidentales, estimándose una prevalencia que va del 10 al 40% de la población adulta. ⁽⁶⁾ La insuficiencia venosa crónica es una enfermedad progresiva y como resultado es uno de los padecimientos de mayor morbilidad en el mundo. Al buscar intencionalmente síntomas y signos de Enfermedad Venosa Crónica (EVC) en la población adulta de la consulta del primer nivel de atención en diversos países se encontró una prevalencia del 83.6%, misma que es de predominio en países occidentales, con prevalencias que van del 20 a 50 % en la población adulta femenina y de 10 a 20 % de la población masculina ⁽¹⁻⁷⁾. El 30-35% de los sujetos se encuentran en etapa C0 y C1 de la Clasificación Clínica, Etiológica, Anatómica y Patofisiológica (CEAP) ⁽⁸⁾. Además de los síntomas (pesantez de las piernas, calambres, ardor y dolor) que pueden aparecer aún sin datos clínicos objetivos, presentándose desde los estadios iniciales alteraciones en la calidad de vida, tales como la movilidad reducida, dolor, olor desagradable, trastornos del sueño, aislamiento social ⁽⁹⁾ condicionando en los grados más avanzados de la enfermedad incapacidad y pérdida de días laborales, así como una importante afectación emocional y psicológica. ⁽⁷⁻⁹⁾.

En México, la Secretaría de Salud publicó en el anuario de morbilidad 2012 que la insuficiencia venosa crónica se encuentra dentro de las primeras 20 causas de morbilidad en el país, reportando una tasa de 262 por 100,000 habitantes mayores de un año.⁽⁸⁾

3. FISIOPATOLOGÍA

Es una condición patológica del sistema venoso que se caracteriza por una hipertensión crónica periférica de los miembros inferiores, como consecuencia del reflujo venoso y/o obstrucción y alteración de la bomba muscular periférica, esta situación viene determinada por la existencia de anomalías en la pared venosa y valvular que produce una incapacidad funcional para conducir el flujo sanguíneo en condición centripeta, adaptándose a las necesidades de drenaje de los tejidos termorreguladores y reserva hemodinámica, con independencia de la posición y actividad; el exceso de sangre acumulada produce una apertura constante del sistema valvular, lo que desencadena una incompetencia del sistema venoso profundo con inoperancia de las perforantes. La exposición prolongada a la hipertensión venosa provoca la extravasación de macromoléculas y glóbulos rojos que a su vez conduce a la activación endotelial microvascular, diapédesis de leucocitos, alteración en la matriz extracelular, y depósito de colágeno y por lo tanto alteración en la remodelación tisular. A escala microscópica a nivel del intersticio se produce un aumento de la capacidad de filtración haciéndose cambios crónicos, con peor pronóstico, favoreciendo la presencia de

úlceras. En consecuencia, está constituye la complicación más frecuente, tardía y común de la insuficiencia venosa crónica. ⁽¹⁰⁾

Dada la dinámica morfo evolutiva humana así como los efectos de interacción social y profesional, son cada vez más frecuentes las alteraciones circulatorias del retorno venoso en la población actual debido a etiología diversa. Además de los indicadores de riesgo, como la edad, el sexo y la herencia, pueden influir también de forma importante en los mencionados trastornos circulatorios factores de riesgo como la obesidad, la profesión y el modo de vida, así como procesos adyuvantes relacionados con alteraciones ortopédicas y degenerativas. Asimismo, situaciones transitorias como el embarazo y la ingesta de algunos fármacos, como los esteroides anticonceptivos, pueden influir negativamente en la evolución del proceso. ⁽¹⁰⁾

4. FACTORES DE RIESGO Y MANIFESTACIONES CLINICAS

Las venas varicosas se asocian frecuentemente con el reflujo de la sangre en las venas de las piernas debido a la incompetencia valvular, se han realizados estudios para determinar los factores de estilo de vida que puedan estar relacionados en las mujeres se relacionó con el menor tiempo de estar sentadas en el área laboral, el embarazo anterior y el uso previo de anticonceptivos. La relación con el índice de masa corporal es mayor en mujeres con reflujo superficial en comparación con aquellos que no tienen reflujo. ^(11,12)

Para el desarrollo de venas varicosas se han sugerido numerosos factores de riesgo relacionados con la genética, estilo de vida y las características fisiológicas (Tabla 1) ^(13, 14)

TABLA 1. FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR VENAS VARICOSAS

<ul style="list-style-type: none">• Predisposición genética• Embarazo• Obesidad• Estar de pie• Estar sentado• Ropa ajustada	<ul style="list-style-type: none">• Dieta baja en fibra/constipación• Estar mucho tiempo sentado en inodoro• Ausencia de ejercicio• Fumar• Uso anticonceptivos orales• Antecedente de trombosis venosa
--	---

The influence of environmental factors in chronic venous insufficiency, angiology, volumen54, 2003.

De acuerdo a los resultados del estudio RELIEF en el cual se evaluó la gravedad y la evolución de los signos y síntomas de la insuficiencia venosa (pesantez, dolor, calambres, sensación de hinchazón, edema) de acuerdo a la presencia o no de

reflujo venoso. Se observó que el reflujo venoso se encontró presente en un 55% la población, con una relación de 1/ 4 de hombres/mujeres, con una edad media de 45.2 años, el 63 % de los pacientes eran profesionalmente activos, la sintomatología dependía del grado de afectación y se encontró asociada a la presencia de reflujo. De acuerdo a los síntomas, el edema estuvo presente en el 56% del grupo con reflujo vs 43 en el grupo sin reflujo, el síntoma más frecuente reportado fue la sensación de pesantez en el 94% de la población, encontrándose puntajes de calidad de vida diferentes dependiendo de la presencia o no de reflujo, observándose puntajes más bajos en los pacientes con reflujo en comparación con los que no tuvieron reflujo (62.2 frente a 66.7, $p= 0,0001$) a través del instrumento Global Index Score (GIS), con afección en las esferas psicológica, dolor, físico, y social.⁽¹⁵⁾

En un intento de proporcionar una mejor comprensión de la prevalencia mundial de las enfermedades cardiovasculares en la práctica general y por lo tanto para mejorar el conocimiento de esta enfermedad entre pacientes, profesionales sanitarios y las autoridades se ha puesto en marcha el Programa Vein Consult (VCP), que es el mayor programa de detección de enfermedades cardiovasculares en todo el mundo, además que es aplicable a cualquier país y en el cual se observó que del total de pacientes estudiados el 64.7% tenían al menos un síntoma de EVC, siendo los síntomas más comunes: pesantez de las piernas (45.6%), dolor, (34.9%), sensación de hinchazón (34.1%) y los calambres nocturnos. Se encontró una correlación positiva entre el número de síntomas y la clasificación CEAP, donde se observó que la calidad de vida disminuye desde los primeros síntomas y con el acumulo del número de síntomas en la calidad de vida se deteriora.⁽¹⁵⁾

4.1 CUADRO CLINICO

La evaluación de los pacientes con úlceras venosas debe incluir un historial médico completo interrogando el antecedente de trombosis venosa profunda previa, la evaluación de un estado de hipercoagulabilidad, y un examen físico.⁽¹⁶⁾

La EVC presenta condiciones que van desde telangiectasias o venas reticulares a etapas más avanzadas tales como fibrosis de la piel y la complicación más frecuente que son las úlceras venosas⁽¹⁷⁾. Por lo que al evaluar al paciente podemos encontrar diferentes alteraciones (tabla 2).

TABLA 2.DEFINICIONES DE SIGNOS DE ENFERMEDAD VENOSA CRÓNICA

Signo Clínico	Definición
Telangiectasias	Confluencia de vénulas intradérmicas

	dilatadas cuyo calibre es inferior a 1 m
Venas reticulares	Venas subdérmicas azuladas, dilatadas, de 1-3 mm de diámetro y habitualmente sinuosas. Esta definición excluye las venas normales visibles en personas de piel clara.
Várices o venas varicosas	Vena subcutánea cuyo diámetro es superior a 3mm en bipedestación. Suelen ser várices sinuosas, pero las venas tubulares donde se localiza un reflujo también se deben incluir en las várices. Pueden afectar a los troncos safenos, perforantes y colaterales.
Corona flebectásica	Disposición en abanico de muchas venas intradérmicas pequeñas en las caras medial y lateral del tobillo del pie. En general se admite que se trata de un signo precoz de gravedad de una TVC (Trombosis Venosa Profunda).
Edema	Aumento perceptible del volumen líquido en la piel y el tejido celular subcutáneo con signos de la fóvea. El edema venoso se localiza más a menudo en el tobillo , pero se puede extender al pie o a la pierna.
Pigmentación cutánea	Manchas pardas de la epidermis como resultado de la extravasación de sangre; por lo general se localiza en el tobillo, pero se puede extender al pie o la pierna.
Eczema	Dermatitis eritematosa capaz de provocar vesículas, supuración o escamas cutáneas en la pierna. A menudo el eczema sigue el trayecto de una várice, pero se puede extender sobre toda la superficie de la pierna. Por lo general obedece a un TVC, pero puede tratarse de un eczema por sensibilización ante la aplicación de un tópico.
Hipodermatitis esclerosa	Inflamación crónica localizada e induración de la piel y del tejido celular subcutáneo, acompañada a veces por retracción o acortamiento del tendón de

	Aquiles. En ocasiones, existe un edema inflamatorio difuso y eventualmente doloroso que precede a la celulitis indurada. La ausencia de linfangitis, de adenomegalias de índole inflamatoria y de fiebre, permite diferenciarla de la erisipela o de una celulitis aguda. La celulitis indurada es un signo grave de TVC.
Atrofia blanca	Lesión cutánea localizada blanquecina, atrófica, a menudo circular, rodeada por capilares dilatados y acompañada a veces por aumento de la pigmentación cutánea. Es otro signo grave de TVC
Úlcera venosa	Lesión en sacabocados de la piel, la mayoría de las veces localizada en el tobillo, y/o regiones supra o infra maleolares que no muestra tendencia espontánea a la cicatrización y cuyo origen es un TVC.

Perrin M, Clasificación clínica, etiológica, anatómica y fisiopatológica (CEAP) y escalas de gravedad de los trastornos venosos crónicos. EMC-Cirugía General 2006; 6:1-19

4.2 CLASIFICACION

La necesidad de una clasificación internacional de los trastornos venosos crónicos dio lugar a la clasificación CEAP (clasificación Clínica, Etiológica, Anatómica y Pato fisiológica) (tabla 3) la cual consta de cuatro parámetros que suministran datos sobre la clase clínica, los síntomas, la etiología, las alteraciones anatómicas y los mecanismos fisiopatológicos que presenta un determinado paciente. ^(17,18)

TABLA 3. CLASIFICACION DISTRIBUCION SEGÚN CLASIFICACION CLINICA, ETIOLOGICA, ANATOMICA Y PATOFISIOLOGICA

CLASIFICACIÓN CLÍNICA	
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 4 a 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
CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA	
Ec	Enfermedad congénita
Ep	Enfermedad primaria o sin causa conocida
Es	Enfermedad secundaria o con causa conocida (p.ej: postraumatismo, síndrome postrombótico ...)
CLASIFICACIÓN ANATÓMICA	
As	Venas superficiales
Ad	Venas profundas
Ap	Venas perforantes
An	Venas no con localización no identificada
P fisiopatología	
Pr	Reflujo
Po	Obstrucción
Pr,o	Reflujo y obstrucción
Pn	Sin fisiopatología venosa identificable

From O'Donnell and passman, adapted With Permission

Medical management of venous ulcers. Seminars in vascular surgery 28(2015) 21-28

5. DIAGNOSTICO

La evaluación inicial de los pacientes debe incluir una historia médica completa y un examen físico, los signos de insuficiencia venosa crónica como varices, dermatitis por estasis, hiperpigmentación, y los sitios de ulceración de la piel debe tenerse en cuenta, utilizando la clasificación CEAP ^(17,18)

5.1 ANAMNESIS

Es uno de los pilares fundamentales en el diagnóstico de la EVC, haciendo énfasis en los antecedentes patológicos familiares, antecedentes laborales y estilo de vida, ya que hay una gran asociación de los mismos, con la aparición de signos clínicos de la enfermedad ^(6, 11,18)

5.2 EVALUACIÓN CLÍNICA

La evaluación clínica mediante la inspección y palpación revelan signos y síntomas que son evaluados y asignados a una jerarquía de categorías que incluyen telangiectasias, varices, edema venoso, cambios en la piel, y ulceración; los cuales determinan la naturaleza y la severidad de la EVC, y su impacto en la calidad de vida del paciente, la cual es necesaria para determinar el tratamiento a seguir. ^(19, 20)

El paciente debe ser evaluado en la posición de pie y de preferencia desnudo de las ingles a los pies, el examen se debe realizar en una habitación caliente y bien iluminada. El examen debe incluir una cuidadosa inspección y palpación de las piernas. La superficie de la piel es examinada por irregularidades o protuberancias que sugiere la presencia de las venas varicosas. La hiperpigmentación, dermatitis por éstasis, atrófica blanca, o lipodermatoesclerosis. La distribución de las venas varicosas puede seguir el curso de la vena superficial afectada, como el de la vena safena mayor y menor. La presencia de edema y su gravedad debe ser evaluada. La evidencia temprana de edema se puede realizar midiendo la circunferencia del miembro o el tamaño de la pantorrilla. La palpación también puede revelar sensibilidad de las venas dilatadas. ⁽²⁰⁾

La prueba de Brodie-Trendelenburg se utiliza para detectar insuficiencia venosa y para diferenciar entre reflujo profundo de uno superficial. ⁽²⁰⁾

5.3 ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS ADICIONALES:

La evaluación de gabinete de la EVC define si la causa de la enfermedad es congénita, primaria o secundaria; anatómicamente si la ubicación del problema si es superficial, perforante o profundo y fisiopatológicamente su mecanismo es por reflujo puro, reflujo con obstrucción, o predominantemente obstructivo. Los mecanismos fisiopatológicos. ⁽²¹⁾

Venografía: es el estándar de oro histórico para el diagnóstico de insuficiencia venosa, tanto en términos de la localización anatómica y la cuantificación hemodinámica. La venografía es un procedimiento invasivo y lleva consigo riesgos concomitantes que pueden ocasionar celulitis química que puede progresar a necrosis de los tejidos, trombosis post flebografía descrito hasta en un 18% de los pacientes y el síndrome post flebografía caracterizado por dolor, edema y eritema alrededor de la articulación del tobillo no asociada a trombosis por lo que ha disminuido su uso. ⁽²¹⁾

La venografía ascendente se realiza para determinar el grado de permeabilidad del sistema venoso profundo y para identificar la incompetencia de las venas perforantes. ⁽²¹⁾

La venografía descendente se utiliza para documentar la presencia y el grado de reflujo, define la anatomía valvular e identifica la incompetencia específica valvular

ULTRASONIDO DUPLEX

Es posiblemente el más útil para la evaluación diagnóstica inicial en la enfermedad venosa crónica, Sus ventajas incluyen que no es invasivo, se puede repetir

cuantas veces sea necesario, da resultados reproducibles y permite la evaluación anatómica, fisiología y hemodinámica del sistema venoso. El estudio se lleva a cabo tanto con imágenes en modo B y el análisis Doppler espectral. Se puede identificar la fisiopatología subyacente (reflujo, obstrucción o ambos), y localizar la enfermedad en los segmentos venosos específicos (sistema profundo, sistema superficial y perforantes).⁽²¹⁾

Se requiere la ecografía dúplex para la determinación etiológica, anatómica los elementos fisiopatológicos de la clasificación CEAP, tiene una sensibilidad del 90% y una especificidad del 84% para el diagnóstico de la incompetencia valvular.

Otros:

La pletismografía de aire es una prueba no invasiva que puede cuantificar la insuficiencia venosa, ha demostrado ser útil en la evaluación de los resultados de la terapia pre y post operatoria.^(20,21)

5.5 DIAGNOSTICO DIFERENCIALES: Existen múltiples patologías que poseen una clínica similar de inflamación y malestar en las extremidades inferiores, similares en la EVC, problemas venosos como trombosis venosa profunda, causas sistémicas de edema como falla cardíaca, nefrosis, enfermedad hepática, trastornos endocrinos, o el efecto adverso de un medicamento como bloqueadores de los canales de calcio, agentes antiinflamatorios no esteroideos y agentes hipoglucemiantes orales. Otras consideraciones de interés incluyen ruptura de quiste poplíteo, hematoma o masa de tejidos blandos, síndrome compartimental de esfuerzo crónico o linfedema. Los hallazgos en el examen físico y las pruebas no invasivas permiten un diagnóstico adecuado.^(21,22)

6. TRATAMIENTO:

- **Modificación del estilo de vida:** aumento de la movilidad y actividad física moderada han demostrado promover la cicatrización de la ulcera u es un complemento de la terapia de compresión. La elevación ayuda al drenaje venoso, aumenta el retorno venoso al corazón, reduce el edema de tobillo y mejora la microcirculación cutánea., estas incluyen medias de compresión, bota de Unna, compresión neumática intermitente y las vendas de compresión.⁽¹⁶⁾
- **Tratamiento de compresión:** El fundamento de la terapia de compresión varios estudios documentan que la terapia de compresión promueve la microcirculación cutánea y la cicatrización de la ulcera, mejora el drenaje linfático, aumenta la densidad capilar y los niveles de oxígeno en transcutáneo, también se ha demostrado que influye en la síntesis y liberación de citoquinas inflamatorias, las diferentes formas de técnicas de compresión ambulatorios y dispositivos incluyen medias elásticas de compresión, botas de Unna, vendaje elástico de múltiples capas. Apósitos, vendas elásticas y no elásticas. Los dispositivos neumáticos de compresión aplicada por la noche, se usan también en pacientes con edema refractario

y úlceras venosas. Las presiones para comprimir las venas superficiales de los pacientes en posición supina oscilan entre 20 y 25 mmHg, se ha demostrado que presiones de 35 a 40 mmHg reducen las venas superficiales y las presiones > 60 mmHg son necesarias para ocluir las venas superficiales. La compresión es considerada como el tratamiento primario para ayudar en la curación de las úlceras venosas y la terapia adyuvante a la ablación venosa superficial para evitar su recurrencia.⁽²³⁾

- Médico: los medicamentos venoactivos han estado disponibles para el tratamiento de los síntomas de la EVC y de las enfermedades cardiovasculares, también utilizados para disminuir el edema de tobillo y acelerar la cicatrización de la úlcera, muchos han probado éxito variable, los medicamentos más prometedores incluyen saponinas, tales como el extracto de castaña de indias (escina), gamma-benzopirenos (flavonoides) tales como rútosidos, diosmina, y hesperidina; la fracción flavonoide purificada microlizada (MPFF) y otros extractos de plantas tales como el extracto de corteza de pino marítimo francés. Productos sintéticos incluyen dobesilato de calcio, natazona y benzarone.⁽²³⁾

El principio para el uso de medicamentos venoactivos ha sido mejorar el tono venoso y la permeabilidad capilar, aunque se desconoce un mecanismo de acción preciso de la mayoría de estos fármacos, los flavonoides parecen afectar a los leucocitos y el endotelio mediante la modificación del grado de inflamación y reducción del edema.

Una reciente revisión Cochrane de 110 publicaciones seleccionando 44 estudios bien documentados para el análisis encontró que la Diosmina, hesperidina y la MPFF, han sido los fármacos venoactivos más eficaces. La Diosmina y hesperidina ayudaron a la curación de los cambios tróficos de la piel y son útiles en el tratamiento de los calambres y la hinchazón. Este meta-análisis, sin embargo, llegó a la conclusión de no hay pruebas suficientes para apoyar el uso mundial de las drogas vasoactivas en el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares.⁽²³⁾

- Escleroterapia: la eficacia de la escleroterapia con espuma guiada por ultrasonido para pequeñas y grandes venas varicosas conduce a mejoras de la enfermedad y la calidad de vida por lo menos 12 meses después del tratamiento.⁽²³⁾
- Quirúrgico: el tratamiento quirúrgico de las venas varicosas se compone de dos elementos, uno de ellos es para quitar la vena safena de la circulación, debido a que el reflujo en la unión safeno-femoral está comúnmente presente y el segundo es para eliminar las venas varicosas de sus fuentes de hipertensión venosa. Lo cual es mediante la ablación y extracción de la vena safena mediante técnicas modernas como la ablación térmica endovenosa, con ablación por radiofrecuencia. Sin embargo algunos pacientes sufren contusiones, hematomas y dolor, especialmente cuando las grandes venas varicosas han sido tratadas. Por otra parte hasta un tercio de los pacientes desarrollan nuevas venas varicosas después de dicho tratamiento.^(16,20,23)

7. CALIDAD DE VIDA E INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA

La calidad de vida es una amplia construcción que abarca una serie de dimensiones que describen comúnmente los resultados informados por los pacientes. En caso de la insuficiencia venosa crónica, existen múltiples escalas las cuales se han revisado y validado. Éstas escalas constituyen herramientas útiles para determinar la calidad de vida dentro de las cuales se encuentran: CIVIQ, AVVQ y Veines-QOL, que cuentan con los criterios de validez y confiabilidad. ^(18, 25,26)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad o discapacidad (*World Health Organization 1952*). Según la OMS, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que ésta influenciado, de un modo complejo por la salud

La enfermedad venosa crónica necesita escalas específicas por varias razones, en primer lugar porque es común, en segundo porque los médicos generalmente subestiman el impacto negativo que pueden tener los pacientes en la vida diaria con repercusiones sociales, físicas y psicológicas. ^(19,24)

Chronic Venous Insufficiency quality of life Questionnaire (CIVIQ-20)

El cuestionario CIVIC-20 cuenta con 20 ítems, creada y validada en Francia en el año de 1996. Valora la calidad de vida a través de cuatro dimensiones: física (cuatro ítems), psicológica (nueve ítems), social (tres ítems) y dolor (cuatro ítems). ^(19,24)

La primera versión del instrumento CIVIQ 1 fue validado en una muestra de 2001 pacientes, de los cuales el 50% habían sido diagnosticados con insuficiencia venosa. Se estudiaron las siguientes cuatro áreas con afección la calidad de vida: física, psicológica, social y dolor se realizaron varias preguntas lo en cada categoría lo que dificultó un resultado representativo. Una revisión del estudio de e instrumento, el CIVIQ 2, a través de 20 preguntas, proporcionan una puntuación global. Ambas versiones del CIVIQ son utilizados y proveen una validación y son validas para medir la calidad de vida. ⁽²⁵⁾

El cuestionario CIVIQ-20 se ha utilizado ampliamente en los últimos años, en ensayos clínicos aleatorios, para comparar el efecto en diferentes tipos de terapia, así como un propósito discriminativo por ejemplo: Según un estudio realizado por Launois et al. Desarrollo el cuestionario CIVIQ a través de pruebas piloto y luego fue validado en un estudio clínico de 934 pacientes y un estudio epidemiológico de 26,681 pacientes. El resultado de estos ensayos indicaron que el CIVIQ es valiosa herramienta en la evaluación de la insuficiencia venosa crónica. ^(24,25)

Neglén et al. Utilizo en CIVIQ junto con la clasificación CEAP en un estudio de 8 años en la colocación de stents de venosos en 870 pacientes. La calidad de vida se evaluó antes y después de la intervención usando el CIVIQ midiendo el dolor, las alteraciones del sueño, la moral, la participación social y las actividades físicas de rutina y extenuantes en los cuales se encontró una mejoría significativa después de la intervención quirúrgica, eligiendo el CIVIQ debido a su relevancia validando la enfermedad venosa crónica. ⁽²⁵⁾

Perrin aplico el cuestionario CIVIQ a 3948 pacientes con síntomas en extremidades inferiores. El cuestionario se aplicó en intervalos regulares para identificar los síntomas relevantes e identificar los factores que contribuyen a la mejoría de la calidad de vida, el ensayo demostró que la utilización de Daflón mejoro la puntuación de la calidad de vida. ⁽²⁵⁾

En cuanto a las propiedades psicométricas en los 18 países del estudio RELIEF, el CIVIC - 20 ha demostrado ser aceptable en los pacientes, fácil de completar y tienen un alto nivel de fiabilidad y proporciona un alto nivel de fiabilidad y proporciona una buena discriminación entre gravedad de los síntomas y las clasificaciones clínicas de CEAP, la cual es una herramienta descriptiva y discriminativa lo que permite la categorización de los pacientes con EVC en la clasificación de intensidad progresiva, la categorización de los pacientes se basa solo en la categorización física de la clasificación CEAP, que se relaciona con las variables físicas, psicológicas y sociales en CIVIQ-20. En algunos estudios, CIVIQ-20 se ha correlacionado bien con otras pruebas que evalúan la calidad de vida como el SF 36 y SF-12. ^(23,28)

Dicho cuestionario se basa en 20 apartados agrupados en cuatro dimensiones: dolor, social, física y psicológica (Tabla). La puntuación puede variar entre 0 y 100 (0= mínima calidad de vida, 100= máxima calidad de vida).según resultados del estudio RELIEF con una puntuación global de 66.4 (sobre un óptimo de 100). ⁽²⁹⁾

Tabla 4: DIMENSIONES E ÍTEMS DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA

1.DOLOR

Me duelen las piernas

Este dolor limita mi trabajo

No puedo estar de pie mucho tiempo

Duermo mal

2.SOCIAL

No puedo salir de noche

No puedo hacer deporte

No puedo viajar en coche

3.FÍSICA

No puedo subir escaleras

Tengo dificultad para agacharme y arrodillarme

No puedo andar muy deprisa

No puedo realizar algunas tareas domésticas (plantar, fregar el suelo o limpiar los muebles)

4.PSICOLÓGICA

Me irrito con facilidad

No tengo ganas de salir

Me cuesta ponerme en marcha por la mañana

Tengo los nervios de punta

Me siento inútil

Soy como un peso muerto

Tengo que tomar algunas precauciones (como estirar las piernas)

Me canso enseguida

Me da vergüenza enseñar las piernas

CIVIQ La insuficiencia venosa crónica en España. Estudio epidemiológico RELIEF. *Angiología* 2001, 53,5-13.

La puntuación de cada dimensión se obtiene sumando las puntuaciones de cada elemento constituyente y el índice global se obtiene sumando las puntuaciones de los 20 ítems. Los valores mínimos y máximos de las escalas dependen del número de elementos utilizados en cada una de las dimensiones y del número de niveles o categorías para cada elemento. El método elegido fue el descrito por John E. Ware para SF-36, Para cada escala presenta diferentes puntajes en una escala tipo Likert, presentado puntajes mínimos y máximos en relación con el número de preguntas en cada una de ellas, en este caso una menor puntuación en las diferentes escalas indica una mejor calidad de vida, mediante la siguiente formula: $(\text{puntuación final} - \text{puntuación mínima posible} / \text{puntuación teórica máxima} - \text{puntuación teórica mínima}) \times 100$. La puntuación obtenida se invierte (100-puntuación), siendo 0 la peor calidad de vida y 100 la mejor calidad de vida. ^(8,32)

Los datos relacionados con los aspectos clínicos (edad, comorbilidades, grado de CEAP, tratamiento) se recolectaran mediante un instrumento adicional a la encuesta.

La fuerza de tal método de puntuación es que cualquiera que sea el número de ítems de un cuestionario o de una de sus dimensiones. Esto permite la consistencia de la escala ya que el número de ítems en cada una de dimensión es diferente. ⁽³⁰⁾

El perfil de un paciente con IVC clase 0-4 sería una mujer de mediana edad (46 años), de 67 Kg de peso para una altura de 163cm, sedentaria, trabajador a media jornada, sin enfermedades asociadas ni tratamientos concomitantes y con antecedente familiar de enfermedad venosa. El número mayor de los pacientes que acuden a un primer nivel de atención perteneces a la clase 2 CEAP (varices), que llevan 15 años refiriendo síntomas sin que haya habido intento diagnóstico y tratamiento, de la población estudiada el 35.7% presento varices, afectando principalmente a las mujeres en un 87.8%, del total de la población el

64.5% refería antecedentes familiares, según el cuestionario aplicado CIVIC para valorar calidad de vida, se obtuvo una puntuación media que vario desde 54.6% a 71.4 puntos, la puntuación más baja(peor calidad de vida) se observó en la dimensión del dolor(54.6+- 19.9), y la más alta para la dimensión social (72.4 +- 22.9) y psicológica (71.2 +- 26.4), la medida global de la calidad de vida de los paciente con IVC fue de 66.4 +- 18.5. ^(29,31,32)

III. JUSTIFICACION

La insuficiencia venosa crónica (IVC) es una de las patologías más comunes en Europa, con una prevalencia estimada en la población adulta del Reino Unido varia del 20 al 40%. En Estados Unidos se reporta un gasto entre 1900 y 2500 millones de dólares. ^(6,27). Se estima que el 10-15 % de la población adulta en el mundo occidental presenta algún grado de insuficiencia venosa, de acuerdo con el sexo las venas varicosas afectan a 30% de las mujeres adultas y 15% de los hombres, encontrándose dentro de las primeras 20 causas de enfermedad del país.⁽⁸⁾. Siendo tan frecuente que al interrogar intencionadamente síntomas y signos de la EVC en la población adulta de la consulta del primer nivel de atención en diversos países fue tan alta como 83.6%.⁽⁶⁾

En España se han realizado diferentes estudios epidemiológicos sobre la EVC (RELIEF, DETEC Y ETIC), los cuales enfatizan en su elevada prevalencia, el último estudio en España (DETEC 2006) indica que el 71% de la población mayor de 16 años, presenta algún síntoma o signo de IVC, de los que un 49% lo califican como importante. Estos altos porcentajes, nos llevan a considerar, las costosas repercusiones asistenciales, tanto a nivel de prevención, diagnóstico y tratamiento. ⁽²⁷⁾

La sintomatología presentada por los pacientes con IVC tales como el dolor, la pesantez, el edema conllevan a una dificultad para la movilidad, disminución de la autoestima, aislamiento social, incapacidad para el trabajo, alteración en la imagen corporal y depresión. Este padecimiento es común en la población sin embargo es subestimada, mal tratada o incluso ignorada en los médicos de primer nivel, estos pacientes requieren de una atención integral, además de acceso facilitado a los servicios de salud. Una evaluación cuidadosa y precisa de las personas con IVC es esencial para garantizar el tratamiento oportuno ⁽²⁸⁾

La calidad de vida es primordial en los estudios de diagnóstico y tratamiento, siendo responsable de importantes cambios clínicos, entendiendo que la calidad de vida “es el efecto funcional de una enfermedad y su consecuencia terapia, percibido por el paciente” ⁽⁸⁾

Considerando el impacto en la calidad de vida fue importante evaluar la afectación que tienen de los pacientes con IVC, para buscar actuar en la prevención y tratamiento oportuno para minimizar los perjuicios en la afectación de la calidad de vida de los pacientes afectados. ⁽²⁸⁾

Se realizó el presente estudio debido a que la insuficiencia venosa crónica esta subestimada por los pacientes y el medico de primer nivel, teniendo una evolución crónica, la cual que se acompaña de múltiples complicaciones asociadas que afectan la calidad de vida la cual va desde el 54.6 a 71.4 puntos la cual se va deteriorando conforme la enfermedad progresa ⁽²⁸⁾, quienes pueden llegar a presentar incapacidad laboral, con gran repercusión socioeconómica. Reconociendo las afectaciones en la calidad de vida, permitirá prevenir y tratar de forma adecuada evitando la aparición de alteraciones invalidantes.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Por lo que surge la pregunta:

¿Cuál es el nivel de calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia venosa crónica?

V. OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL

Se determinó el nivel de calidad de vida en pacientes portadores de insuficiencia venosa crónica.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Se determinó la frecuencia de EVC de acuerdo al estadio clínico.

Se determinó la dimensión de calidad de vida más afectada en pacientes con insuficiencia venosa crónica.

Se determino el estadio clínico (CLASIFICACIÓN) EVC y su asociación con el puntaje de la calidad de vida.

VI TIPO DE ESTUDIO

Transversal, descriptivo.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO	ESCALA DE MEDICION	INDICADORES
Estadio clínico de IVC	Clasificación clínica, etiológica, anatómica y patológica de la IVC	Se obtendrá a partir de la exploración física del paciente al momento de su consulta de acuerdo a la clasificación clínica del CEAP.	Cualitativa	Ordinal	<p>1. Grados C0-C1 signos visuales palpables de insuficiencia venosa.</p> <p>2. C1 presencia de telangiectasias y varices.</p> <p>4. C3 edema de miembros inferiores.</p> <p>5. C4 cambios cutáneos relacionados con la patología venosa.</p> <p>6. C5 cambios cutáneos con úlceras venosas.</p> <p>7. C6 cambios cutáneos con úlceras venosas crónicas activas.</p>
Tratamiento	Tratamientos que maneja el paciente para el alivio de los signos y síntomas derivados de la IVC.	Se obtendrá mediante el expediente clínico e interrogatorio al paciente	Cualitativa	Nominal dicotómica	<p>0. Sin tratamiento</p> <p>1. Medidas farmacológicas, medidas de compresión venosa y terapia de rehabilitación.</p> <p>2. Uso de fármacos.</p>
Calidad de vida en insuficiencia venosa	Es un estado de completo bienestar físico, mental y social, el cual se encuentra influenciado por el estado de salud.	<p>Para fines de este estudio la calidad de vida será evaluada a través de la puntuación obtenida en el cuestionario CIVIC-20 el cual consta de 20 preguntas con cinco opciones de respuesta cada una, con puntajes que van de 0-5.</p> <p>Evalúa 4 dimensiones: repercusión del dolor (5 ítems) repercusión física (3 ítems), repercusión social (3 ítems) Repercusión psicológica (9 ítems)</p> <p>El puntaje total se realiza considerando la diferencia entre el puntaje final y el mínimo posible, dividido por la diferencia entre puntaje máximo y mínimo.</p>	Cuantitativa	Continua	<p>Puntaje final que va de 0 a 100.</p> <p>Para el análisis de los resultados se obtiene el puntaje final, se realiza una variable en escala dicotómica.</p> <p>1. Mala calidad de vida (Puntaje 0-50)</p> <p>2. Buena calidad de vida (Puntaje 50-100)</p>

Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta	Años referidos al momento del interrogatorio para la historia clínica, expresado en números.	Cuantitativa	Continua	Edad en años
Sexo	Condición orgánica que se asigna a las personas, masculino o femenina	Referido por los pacientes al momento del interrogatorio	Cualitativa Dicotómica	Nominal	1. Femenino 2. Masculino
IMC	Es la masa total de los compartimientos corporales la cual se mide en kilogramos y su relación con la estatura al cuadrado se utiliza para determinar índice de masa corporal (IMC) Y la clasificación del peso corporal	Se determinara pesando al paciente en kg, y midiendo la estatura en m ² y se calculara mediante la siguiente fórmula: kg/m ²	Cualitativa	Ordinal	1. Normal (18.5-24.9) 2. Sobrepeso (25-29.9) 3. Obesidad (30-39.9)
Ocupación	Actividad con sentido en la que la persona participa cotidianamente y que puede ser nombrada por la cultura, se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o quehacer.	Se obtendrá a partir del interrogatorio del paciente	Cualitativa	Nominal	1. De pie 2. Sedentario 3. Hogar 4. Activo
Antecedentes familiares de insuficiencia venosa	Transmisión a través del material genético existente en el núcleo celular, de las características anatómicas o de otro tipo, de un ser vivo a sus	Se interrogara sobre los antecedentes familiares de insuficiencia venosa crónica	Cualitativa	Dicotómica	1. Con antecedentes 2. Sin antecedentes

descendientes.

Comorbilidades	Ocurrencia de más de una patología en la misma persona	Se interrogaran las patologías existentes en la persona entrevistada.	Cualitativa	Continua	Presencia enfermedad crónica diabetes, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica neuropatía
Uso de anticonceptivos hormonales.	Utilización de hormonas suministradas al organismo produciendo un efecto anticonceptivo.	Se obtendrá a partir del interrogatorio del paciente.	cualitativa	continua	Anticonceptivo intramuscular parche o e

VI. VARIABLES

VIII. TAMAÑO DE MUESTRA

UNIVERSO DE ESTUDIO:

Pacientes con diagnóstico de insuficiencia venosa crónica, derechohabientes del IMSS, adscritos a la UMF 2.

TIPO DE MUESTREO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para la estimación del tamaño de muestra se utilizó la fórmula para una proporción, con un tamaño de la población de 11300 pacientes con insuficiencia venosa y un porcentaje de afección de calidad de vida del 37.93%, con un IC 95%, obteniéndose un total de 351 sujetos que se incluirán en este estudio.

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N): 11300

frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p): 37.93% +/- 5

Límites de confianza como % de 100(absolute +/-%)(d): 5%
 Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF): 1

Tamaño muestra (n) para Varios Niveles de Confianza

IntervaloConfianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	351
Ecuación	
Tamaño de la muestra $n = [EDFF \cdot Np(1-p)] / [(d^2/Z^2_{1-\alpha/2} \cdot (N-1) + p \cdot (1-p))]$	

IX .METODOLOGÍA DE RECOLECCION DE DATOS

Se realizó en la población de la UMF 28 que contó con el diagnóstico de insuficiencia venosa crónica, los cuáles se encontraron en tratamiento farmacológico y la clasificación C de la CEAP, se captó de la consulta externa de Medicina Familiar. La participación de los pacientes consistió en: responder un cuestionario, el cual será aplicado por la autora del estudio quien dará las instrucciones del llenado, con un tiempo estimado de 15 min, que además es un cuestionario auto-administrado, previa obtención del consentimiento informado. En aquellos pacientes que se detectó alteraciones en la calidad de vida, se otorgó un tríptico de medidas de higiene venosa, y en estadios avanzados se enviaron a angiología.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Pacientes derechohabientes del IMSS adscritos a la unidad de medicina familiar número 28 que contaron con el diagnóstico de insuficiencia venosa crónica.
 ambos sexos, todas las razas.

Capacidad para completar el cuestionario sobre calidad de vida

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Satisfacer los criterios de selección

Pacientes con o sin tratamiento para IVC

Sin enfermedad clínica importante (no relacionada con la enfermedad venosa-

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Contar con condicione patológicas que afecten su calidad de vida que no se asocie con la insuficiencia venosa crónica (amputaciones, enfermedad

osteoarticular, lesiones nerviosas o secuelas de enfermedad vascular cerebral, neuropatía diabética)

- Signos o síntomas en las piernas no exclusivamente venoso: arteriales, neurológicos, etc.
- Edema de origen renal, hepático, cardíaco u otro.
- Linfedema
- Mujeres embarazadas o lactantes
- Antecedente de trombosis venosa profunda (hasta un año)
- Antecedente de cirugía venosa o escleroterapia en los tres años anteriores
- Pacientes con depresión, trastorno bipolar o algún otro trastorno psiquiátrico.
- Pacientes proclives a cooperar plenamente en el estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Instrumentos de evaluación llenado de forma incorrecta o que no estén contestado en su totalidad.

X. DISEÑO ESTADISTICO

Dadas las características del diseño del estudio se realizó estadística descriptiva para el análisis de resultados. Para las variables cualitativas como: Estadio clínico de IVC, nivel de calidad de vida, sexo, IMC, tipo de tratamiento, comorbilidades, antecedentes heredofamiliares, uso de anticonceptivos hormonales y ocupación se realizaron tablas de distribución de frecuencias y porcentajes. Para las variables cuantitativas como edad y puntaje de calidad de vida se realizará cálculo de media o mediana como medida de tendencia central y cálculo de DE y RIC de acuerdo al tipo de distribución de las variables,

XI. CONSIDERACIONES ÉTICAS APLICABLES AL ESTUDIO

En la construcción de este protocolo de consideraron los siguientes documentos: La Asociación Médica Mundial (AMM) promulgó la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.¹⁸ Acorde con lo establecido por el Artículo 17, Título II, Capítulo I del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, se considera un estudio de investigación menor al mínimo, considerando que sólo se realizará la aplicación de un cuestionario y no en paciente vulnerables. El presente protocolo conto con un formato de consentimiento informado, por lo que se incluyó en dicho estudio a pacientes que hayan firmado y aceptado voluntariamente, previa explicación de los procedimientos, riesgos y beneficios de su participación, El cuestionario se aplicó en una ocasión. No existió beneficio directo para los participantes del estudio, el estudio contribuirá en determinar las percepción de la

calidad de vida en pacientes con insuficiencia venosa crónica, con este estudio se pretendió dar un beneficio a futuro que sirva como referencia para un mejor manejo en primer nivel de atención a pacientes con insuficiencia venosa. Además se otorgó a los participantes una plática de insuficiencia venosa y se sugirió, él envió a angiología en caso de estadios de insuficiencia venosa avanzados

XII. RESULTADOS

TABLA 1 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA POBLACION

Tabla de frecuencia

		Sexo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hombre	35	10.0	10.0	10.0
	Mujer	316	90.0	90.0	100.0
	Total	351	100.0	100.0	

		Estado nutricional			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Normal	91	25.9	25.9	25.9
	Sobrepeso	174	49.6	49.6	75.5
	Obesidad	86	24.5	24.5	100.0
	Total	351	100.0	100.0	

		Tipo de ocupación			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	De pie	71	20.2	20.2	20.2
	Sedentario	129	36.8	36.8	57.0
	Hogar	119	33.9	33.9	90.9
	Activo	32	9.1	9.1	100.0
	Total	351	100.0	100.0	

Escolaridad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria	65	18.5	18.5	18.5
	Secundaria	52	14.8	14.8	33.3
	Preparatoria	103	29.3	29.3	62.7
	Licenciatura	130	37.0	37.0	99.7
	5	1	.3	.3	100.0
	Total	351	100.0	100.0	

ENFERMEDADES CONCOMITANTES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	HAS	144	41.0	41.0	41.0
	DM2	125	35.6	35.6	76.6
	Otros	72	20.5	20.5	97.2
	Ninguna	10	2.8	2.8	100.0
	Total	351	100.0	100.0	

ANTECEDENTES DE IVC

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	250	71.2	71.2	71.2
	No	101	28.8	28.8	100.0
	Total	351	100.0	100.0	

Estreñimiento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	109	31.1	31.1	31.1
	No	242	68.9	68.9	100.0
	Total	351	100.0	100.0	

Tabaquismo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	134	38.2	38.2	38.2
	No	217	61.8	61.8	100.0
	Total	351	100.0	100.0	

USO DE ANTICONCEPTIVOS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	66	18.8	18.8	18.8
	No	284	80.9	80.9	99.7
	3	1	.3	.3	100.0
	Total	351	100.0	100.0	

Complicaciones

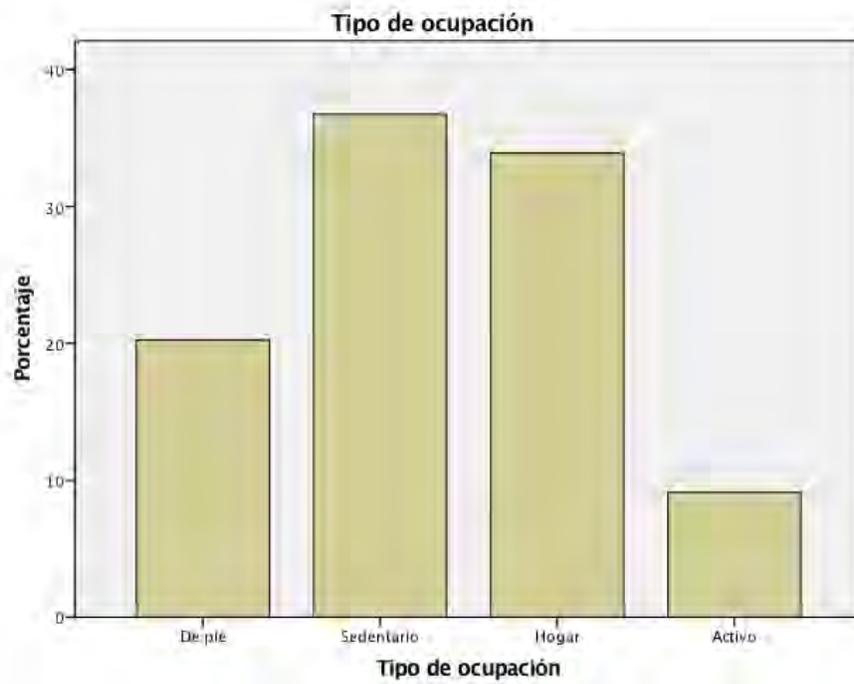
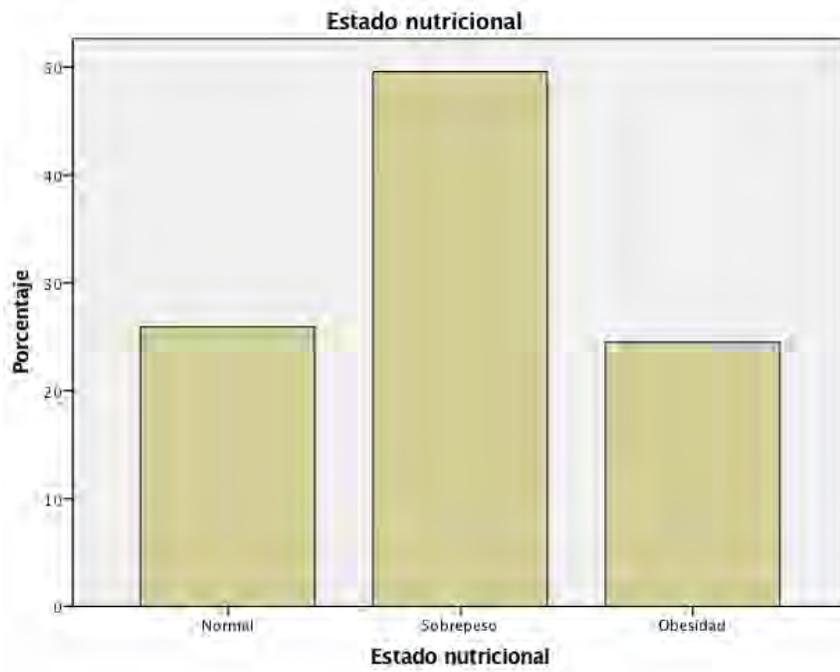
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TVP	6	1.7	1.7	1.7
	Ninguna	345	98.3	98.3	100.0
	Total	351	100.0	100.0	

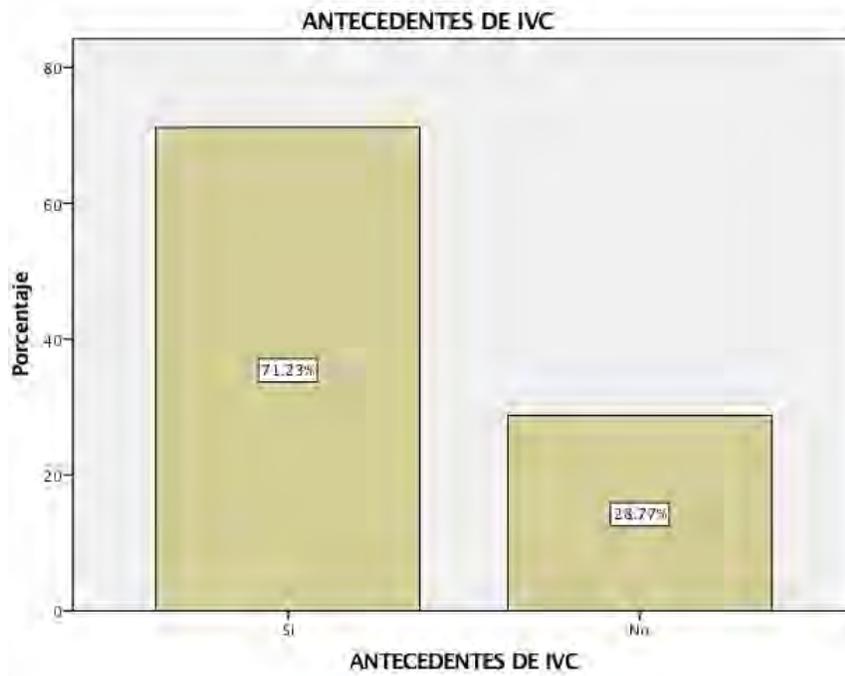
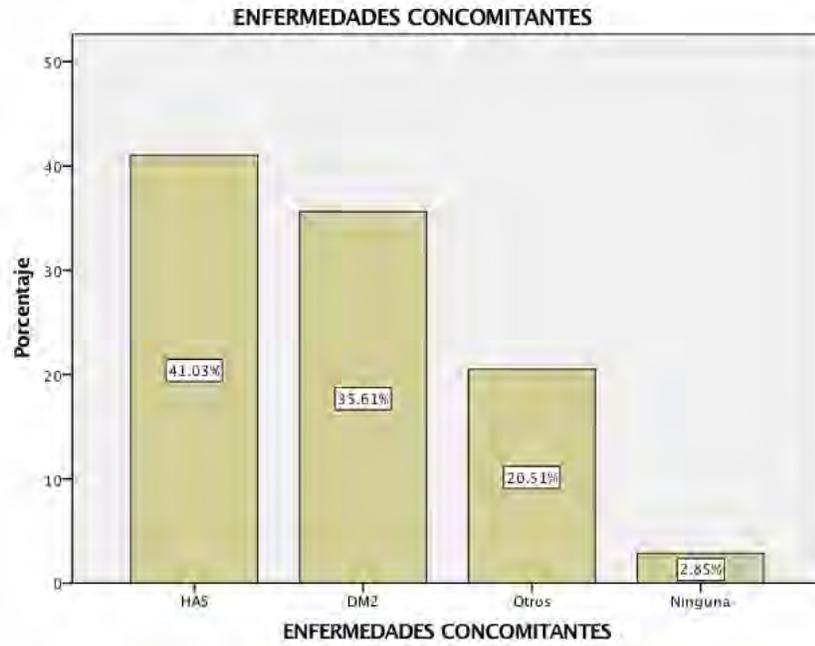
HA RECIBIDO TRATAMIENTO

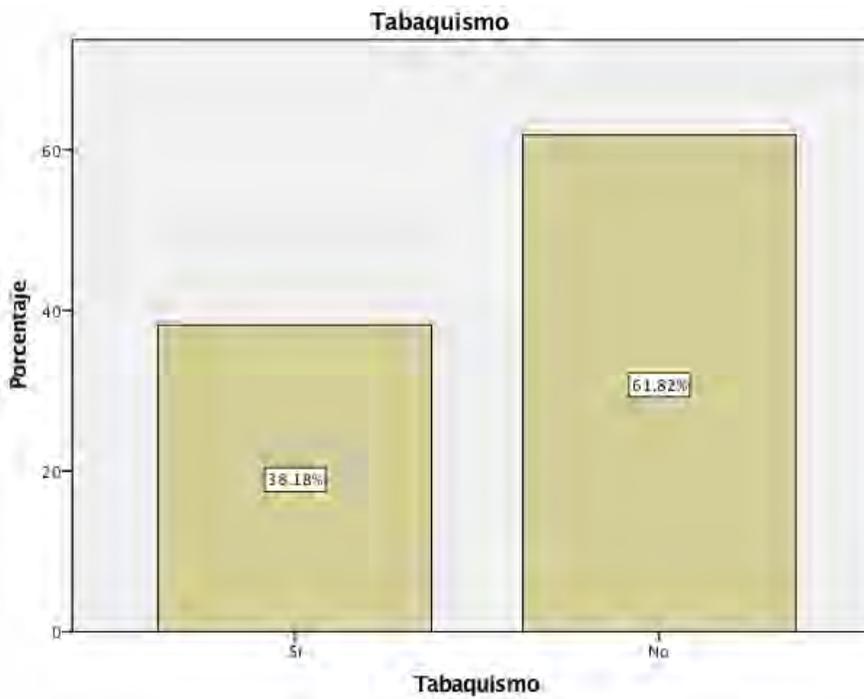
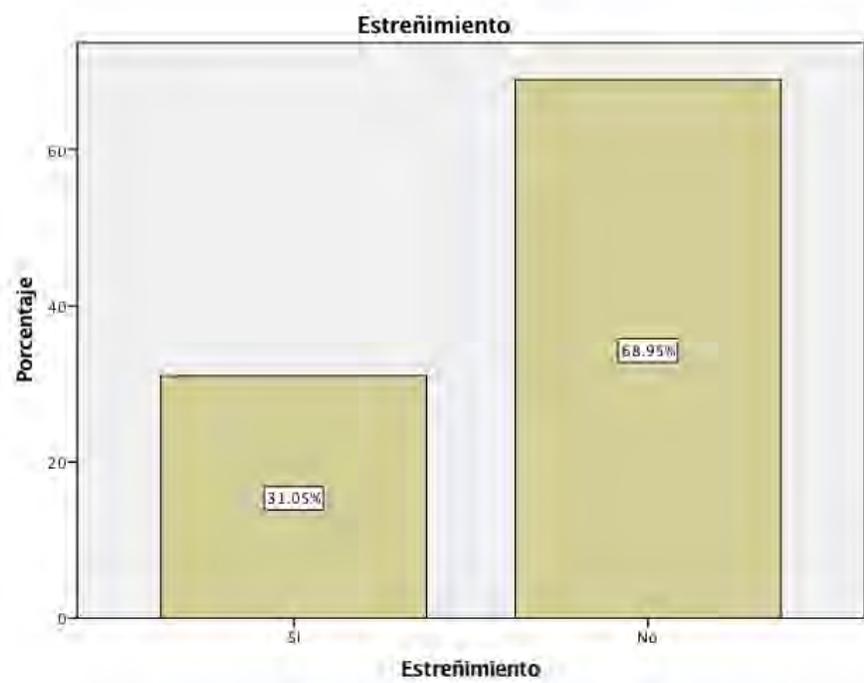
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	108	30.8	30.8	30.8
	Ninguno	123	35.0	35.0	65.8
	Conservador	120	34.2	34.2	100.0
	Total	351	100.0	100.0	

El presente estudio incluyó a 351 personas, 316 mujeres (90%) y 35 hombres (10%). El estado nutricional más frecuente son el sobrepeso en 174 personas (49.6%), peso normal en 91 (25.9%), obesidad en 86 (24.5%), la ocupación más frecuente es fue sedentario 129 (36.8%), hogar 119 (33.9%), de pie 71 (20.2), activo 32 (9.1) fue el nivel de escolaridad más frecuente fue licenciatura en 130 (76%), preparatoria 103 (29.3), primaria 65 (18.5%), secundaria 52 (14.8), analfabeta 1 (0.3%), las enfermedades concomitantes correspondieron a Hipertensión arterial sistémica 144 (41.0%), Diabetes Mellitus tipo 2 125 (35.6%), otros 72 (20.5%), ninguno 10 (2.8%), antecedentes de IVC si en 250 personas (71.2%), no en 101 (28.8%), estreñimiento no en 242 (68.9%), si en 109 (31.1%), tabaquismo el negativo en 217 (61.8%), positivo en 134 (38.2%), uso de anticonceptivos negativo en 284 (80.9%), positivo en 66 (18.8%), complicaciones ninguna en 245 (98.3%), trombosis venosa profunda en 6 (1.7%), han recibieron tratamiento ninguno 123 (35%), conservador 120 (34.2%), médico 108 (30.8),









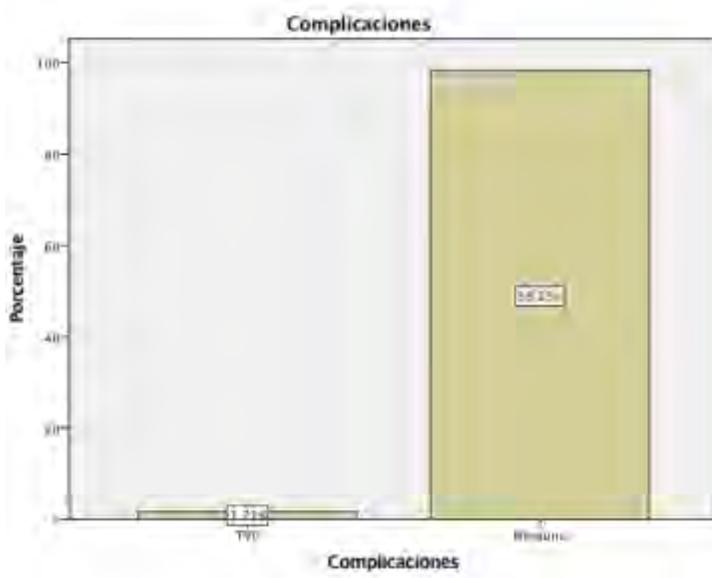
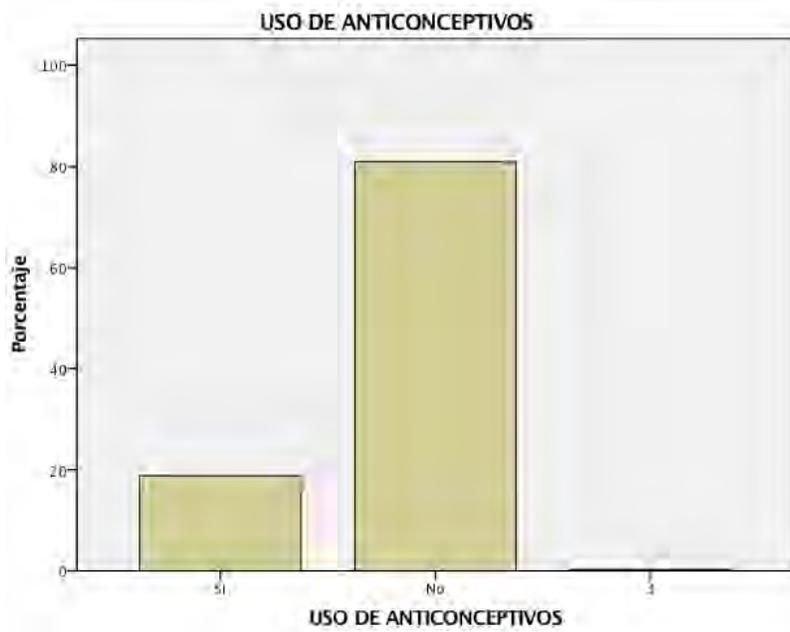


TABLA 2. ESTADIO CLINICO

De acuerdo al presente estudio el estadio clínico más frecuente fue el C2 con 143 (40.7%), C1 108 (30.8%), C3 70 (19.9%), C4 21 (6%), C0 7 (2.0%) y C5 2 (0.6%)

ESTADIO CLINICO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Grado C0 (No hay signos visibles)	7	2.0	2.0	2.0
C1 (Telangiectasias)	108	30.8	30.8	32.8
Grado C2 (Várices)	143	40.7	40.7	73.5
Grado C3 (Edema)	70	19.9	19.9	93.4
Grado C4 (Cambios relacionados con patología venosa)	21	6.0	6.0	99.4
Grado C5 (Cambios cutáneos con úlcera cicatrizada)	2	.6	.6	100.0
Total	351	100.0	100.0	



TABLA 3. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

EDAD	58 AÑOS (48-64)
TIEMPO DE PADECER LA ENFERMEDAD	9 AÑOS (7-13)

En el presente estudio la mediana de edad de los participantes fue de 58 años con un rango intercuartilar de 64 años.

La mediana del tiempo de evolución de la enfermedad fue de 9 años, con un rango intercuartilar de 7-13 años.

XIII. DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue determinar el nivel de calidad de vida en pacientes portadores de insuficiencia venosa crónica en la UMF No 28.

Al analizar los resultados recabados del presente estudio encontramos que la frecuencia de afectación corresponde a una relación de 1/10 hombres de mujeres, con una edad media de 58 años, de escolaridad licenciatura y con una ocupación sedentaria, y un tiempo aproximado de la enfermedad de 9 años, lo que representa una población económicamente activa, que puede limitar su productividad ⁽⁴⁾ el presente estudio encontró que los estadio clínico más frecuente es el C2 que corresponde a venas varicosas, seguida de C1 telangiectasias y C3 edema las cuales están relacionadas con dolor y afectación psicológica y social lo cual representa un deterioro en la calidad de vida ⁽³⁾. Los principales factores de riesgo encontrados fueron el sobrepeso, la vida sedentaria, la predisposición genética, el tabaquismo, el estreñimiento, el tabaquismo y el uso de anticonceptivos así como enfermedades concomitantes como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.⁽¹³⁾

La principal consecuencia de la inactividad aunada a una vida sedentaria nos lleva a incremento de peso y obesidad asociada a

actividades laborales de pie aumentan el riesgo de padecer insuficiencia venosa crónica, presentado dolor, disconfort y por ende disminución en la percepción de la calidad de vida.

En cuanto al puntaje de la calidad de vida encontrado en los pacientes de IVC mediante el cuestionario CIVIC 20 se encuentra principalmente afectada es la esfera psicológica seguida del dolor, la física y social respectivamente, lo que indica que la sintomatología aunada a las comorbilidades propias de la IVC genera sentimientos de disconfort⁽⁸⁾

El presente estudio comprobó que la mayoría de la población estudiada no se encuentra con un tratamiento establecido en un 35%, seguido de tratamiento conservador en un 34.2 % y solo un 30.8 % con tratamiento médico indicado, lo cual puede ser una diferencia significativa en la relación con la sintomatología presentada y la percepción de la calidad de vida.

Dentro de las cualidades del estudio encontramos el tamaño de la muestra la cual fue calculada en base a la prevalencia de la enfermedad en la UMF No 28, utilizando el cuestionario CIVIC 20 el cual es un instrumento validado en español el cual ha demostrado ser fácilmente aplicable.

Dentro de las deficiencias encontradas se encuentra las patologías asociadas las cuales pueden ser un sesgo en la percepción de la calidad de vida, además de no tomar en cuenta el tratamiento como base en la modificación o no de la sintomatología antes y después de la administración, así como los hábitos higienicodietéticos y las comorbilidades asociadas.

XIV. CONCLUSIÓN

De acuerdo a los resultados encontramos que existe afectación en la percepción de la calidad de vida relacionado principalmente a la esfera psicológica, en donde la mayoría de la población es económicamente activa, encontrando factores de riesgo modificables, y siendo una patología claramente ignorada ya que la mayoría de los pacientes no cuentan con un tratamiento específico así como representar una patología crónica y progresiva.

Siendo la principal aportación del estudio la detección oportuna de los estadios clínicos iniciales para un diagnóstico y tratamiento adecuado según la etapa clínica, y modificar los factores de riesgo que se asocian a la progresión de la enfermedad, así como la derivación oportuna a la especialidad de angiología con el objetivo de mantener una percepción adecuada de la calidad de vida.

XV.BIBLIOGRAFIA

1. Ángel, M., Flores, R., Abel, J., Lozano, S., Karen, D., Peña, H., Rodríguez, L. Z., et al. (2006). Artemisa Calidad de vida en pacientes con insuficiencia venosa crónica Quality of life in patients with chronic venous insufficiency, 28, 153-159.
2. Jawień, A. (2003). The influence of environmental factors in chronic venous insufficiency. *Angiology*, 54 Suppl 1, S19-31. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12934754>
3. Kahn, S. R., M'Lan, C. E., Lamping, D. L., Kurz, X., Brard, A., & Abenhaim, L. A. (2004). Relationship between clinical classification of chronic venous disease and patient-reported quality of life: Results from an international cohort study. *Journal of Vascular Surgery*, 39(4), 823-828.
4. Heit, J. A., Rooke, T. W., Silverstein, M. D., Mohr, D. N., Lohse, C. M., Petterson, T. M., O'Fallon, W. M., et al. (2001). Trends in the incidence of venous stasis syndrome and venous ulcer: A 25-year population-based study. *Journal of Vascular Surgery*, 33(5), 1022-1027.
5. Pascarella, Luigi et al. (2015) Medical management of venous ulcers. *Seminars in Vascular Surgery* , Volume 28 , Issue 1 , 21 - 28
6. Gallego, J., & Muñoz-Arrondo, R. (2010). Epidemiología y factores de riesgo, 11(5), 9-22.
7. L.Flota-cervera, J. Paz-Janeiro, D. Guevara-saldívar et al (2014). Trabajo original Sulodexina para la enfermedad venosa crónica. Experiencia clínica en México (2014). Trabajo original Sulodexida para la enfermedad venosa crónica . Experiencia clínica en México. *Revista Mexicana de Angiología*, vol.42 Num 1, 28-37
8. E. Barranco-Guida, E. Bravo-Arriola, A. Díaz-Hernández et al (2014). Percepción de calidad de vida asociada al uso de pentoxifilina en pacientes con insuficiencia venosa crónica en primer nivel de atención del IMSS. *Revista Mexicana de Angiología*, vol. 42 Núm. 2, 76-85.
9. M. Ramos González, E. Aguilar Ferrándiz, S. Crespo Rica et al. (2009) Eficacia de la fisioterapia en la insuficiencia venosa crónica en evolución. *Fisioterapia* ,31(2), 55-59.
10. Brtan Romic R, Andelka Brtan, Romic, Hrvoje Cvitanovic, et al (2015) Quality of life and perception of disease on patients with chronic leg ulcer. *Acta Clin Croat*, 54(3), 309-14.
11. L. Robertson, C.Evans, A. Lee et al. (2014). Incidence and risk factors for venous reflux in the general population: Edinburgh vein study. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, vol.48(2),208-214.

12. Heit, J. A., Rooke, T. W., Silverstein, M. D., Mohr, D. N., Lohse, C. M., Petterson, T. M., O'Fallon, W. M., et al. (2001). Trends in the incidence of venous stasis syndrome and venous ulcer: A 25-year population-based study. *Journal of Vascular Surgery*, 33(5), 1022-1027.
13. Arkadiusz, MD, PhD, Bydgoszcz, et al (2003) The influence of environmental factors in chronic venous insufficiency. *Angiology*,vol.54(1),19-31.
14. J. Arkadiusz,MD,PhD,Bydgoszcz, et al(2003) The Influence of Environmental Factors in Chronic Venous Insufficiency, *Angiology*, 54(1) S19-S31.
15. G.Jantet.MB , FRCS.(2002) Cronic Venous Insufficiency: Worlwide Results of the RELIEF Study.*Angiology*.53(3),245-256
16. Kahn, S. R., M'Lan, C. E., Lamping, D. L., Kurz, X., B??rard, A., & Abenheim, L. A. (2004). Relationship between clinical classification of chronic venous disease and patient-reported quality of life: Results from an international cohort study. *Journal of Vascular Surgery*, 39(4), 823-828.
17. P. Gloviczki, A. Comerota ,M Dalsing , et al. (2011) *The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum . Juurnal of Vascular Suygery 20, 53(5)2S-48S.*
18. R.Launois, V. Barinov,L. Laberko, et al (2015) Health-related quality-of-life scales specific for chronic venois disorders of the lower limbs. *Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders*, 3(2), April 2015,219-227.
19. L.Pascarella, C.Shortell, Luigi et al (2015). Medical management of venous ulcers. *Seminars in vascular surgery*, 28(1), 21-28.
20. M. Meissner, P.Gloviczki, J.Bergan et al.(2007) Primary chronic venous disorders. *Journal of Vascular Surgery*.vol.46(6),54-67.
21. K. Shyam,MD.,F.A.C.S., et al (2005) Chronic Venous Insufficiency: Clinical Assesment and Patient Selection. *Seminars in interventional radiology* 22(3),169-177.
22. M.Meissner,G. Moneta, K.Burnand, et al (2007), The hemodynamics and diagnosis of venous disease, *Journal of Vascular Surgery*, 46(6), 4.24.
23. P. Gloviczki, A. Comerota, M.Dalsing, et al (2011). The care of patients with varicose vein and associated chronic venous diseases: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and American Venous Forum. *Journal of Vascular Surgery*. 53 (5), 2S-48S

24. R.Launois,A.Mansilha,G. Jantet.(2010). International Psychometric Validation of the Chronic Venous Disease Quality Of Life Questionnaire (CIVIC-20). *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 40(6), 783-789.
25. M A Vasquez, CE Munschauer. (2010) Venous clinical severity score and quality-of-life assessment tools: application to vein practice. *Phebology*, 17 (2), 108-115.
26. M.E Vuylsteke, S. Thomis, G. Guillaume, et al.(2015). Epidemiological study on Chronic Venous Disease in Belgium and Luxembourg: Prevalence, risk factors and Symptomatology. *European Journal of Vascular Surgery*, 49(3),432-439
27. M.Conjunt, C.La,S.Portuguesa (2016) la enfermedad venosa crónica en España. Estudio C-VIVES, *Angiología y Cirugía Vascular* , 65, 99-101.
28. T. Farias,C. Fernandes, M. Medeiros,et al (2014) Evaluación de la calidad de vida de pacientes con y sin úlcera venosa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(4),576-581.
29. F. Lozano , J. Jiménez-Cossío , J. Ulloa, et al (2001) La insuficiencia venosa crónica en España. Estudio epidemiológico RELIEF. *Angiología*, 53, 5-13.
30. Guía, la bibliografía de CIVIQ-20 del usuario, http://www.civiq-20.com/?page_id=33 .
31. F. Ortega-Santana, J. Limiñana, F.Ruano, et al (2014).The Influence of the CIVIQ Dimensions on Quality of Life of Patients with Primary Superficial Venous Incompetence. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*. 48(4), 452-458.
32. S. Palfreyman, A. Tod, E Brazier et al.(2010) A systematic review of health-related quality of life instruments used for people with venous ulcers: an assessment of their suitability and psychometric properties, *journal of clinical Nursing*,19,2763-2703.

XVI.ANEXOS

ANEXO 1

- CIVIQ 20 - CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA

CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO DEL PACIENTE

Mucha gente se queja de dolor de piernas. Nos gustaría saber con qué frecuencia ocurren estos problemas de piernas y cómo pueden afectar la vida diaria de la gente que sufre de ellos.

A continuación, encontrará una lista de síntomas, sensaciones o molestias que usted puede o no experimentar, y que le pueden hacer la vida diaria más o menos difícil. Para cada síntoma, sensación o molestia en la lista, le pedimos que conteste las preguntas: por favor, indique si realmente ha experimentado lo que se describe en cada frase y, si la respuesta es 'sí', qué tan intenso fue. Hay cinco posibles respuestas y nos gustaría que marcara con un círculo la que mejor describa su situación:

Marque con un círculo el número 1: si no siente que el síntoma, sensación o molestia que se describe se aplica a usted

Marque con un círculo el número 2, 3, 4 ó 5: Si lo ha sentido con más o menos intensidad.

REPERCUSIONES DE LA INSUFICIENCIA VENOSA EN SU VIDA

- 1) Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido dolor en los tobillos o piernas y qué tan severo ha sido ese dolor? Marque con un círculo el número que se aplica a usted.

Sin dolor 1

Poco dolor 2

Dolor moderado 3

Mucho dolor 4

Dolor severo 5

- 2) Durante las últimas cuatro semanas, ¿qué tan molesto(a) se ha sentido en su trabajo o durante sus actividades diarias usuales debido a sus problemas de piernas? Marque con un círculo el número que se aplica a usted.

Nada molesto: 1

Un poco molesto 2

Más o menos molesto(a) 3

Muy molesto(a) 4

Extremadamente molesto(a) 5

- 3) Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha dormido mal debido a su problema de piernas, y con qué frecuencia? Marque con un círculo el número que se aplica a usted.

Nunca 1

Raramente 2
 Frecuentemente 3
 Muy frecuentemente 4
 Cada noche 5

Durante las últimas cuatro semanas, ¿qué tan molesto(a) se ha sentido al hacer las actividades indicadas a continuación, debido a sus problemas de piernas?

En la tabla siguiente, para cada declaración, indique qué tan molesto(a) se ha sentido, marcando con un círculo el número elegido.

	Nada Molesto(a)	Un poco molesto(a)	Más o menos molesto(a)	Muy molesto(a)	No lo pude hacer
4. Permanecer parado(a) por mucho tiempo	1	2	3	4	5
5. Subir varios pisos por las escaleras	1	2	3	4	5
6. Agacharse / arrodillarse	1	2	3	4	5
7. Caminar rápidamente	1	2	3	4	5
8. Viajar en auto, autobús o avión	1	2	3	4	5
9. Hacer ciertos trabajos en casa (ej. estar parado(a) y trabajar en la cocina, cargar un niño en brazos, planchar, limpiar el piso o los muebles, hacer pequeños trabajos manuales...)	1	2	3	4	5
10. Salir de noche, ir a bodas, fiestas...	1	2	3	4	5
11. Practicar un deporte / hacer esfuerzos físicos	1	2	3	4	5

Los problemas de piernas también pueden afectar su estado de ánimo. ¿Qué tanto corresponden las siguientes declaraciones a lo que ha sentido durante las

últimas cuatro semanas? En la tabla siguiente, para cada declaración, marque con un círculo el número que se aplica a usted.

	nada	Un poco	Moderada mente	Mucho	Completamente
12. Me he sentido nervioso(a)/tenso(a)	1	2	3	4	5
13. Me he cansado rápidamente	1	2	3	4	5
14. he sentido que era una carga para los demás	1	2	3	4	5
15. siempre he tenido que ser cuidadoso(a)	1	2	3	4	5
16. he tenido vergüenza de mostrar mis piernas	1	2	3	4	5
17. Me he irritado fácilmente	1	2	3	4	5
18. Me he sentido como si hubiera estado incapacitado(a)	1	2	3	4	5
19. Me ha sido difícil empezar el día	1	2	3	4	5
20. No he tenido ganas de salir	1	2	3	4	5

ANEXO 2.
CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA VENOSA
(CONTROL)

- 1.** Paciente numero: _____
- 2.** Sexo: 1. Masculino _____ 2. Femenino _____
- 3.** Edad: _____
- 4.** Peso: _____
- 5.** Talla: _____
- 6.** IMC: _____ 1. Normal _____ 2. Sobrepeso: _____ 3. Obesidad _____
- 7.** Ocupación: 1. De pie __ 2. sedentario _____ 3. hogar 4. activo _____
- 8.** Escolaridad: 1. primaria _____ 2. Secundaria _____ 3. preparatoria _____
4. Licenciatura _____ 5. Analfabeta
- 9.** Enfermedades concomitantes: 1. HTA _____ 2. Diabetes _____
3. Otros: _____ 4. Ninguna _____
- 10.** Antecedente familiar de IVC: 1. Si _____ 2. No _____
- 11.** Factores de riesgo: Estreñimiento: 1-si _____ 2.No _____
- 12.** Tabaquismo 1.si _____ 2.No _____
- 13.** Uso de anticonceptivos: 1. SI _____ 2. No _____ 3. No aplica
- 14.** Complicaciones: 1. TEP _____ 2. TVP _____ 3. Ninguna _____
- 15.** Ha recibido tratamiento: 0. ninguno 1. Conservador 2. medicamentos
- 16.** Tiempo aproximado que padece la enfermedad: _____

ANEXO 3.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se le está pidiendo que conteste unas preguntas y nos permita identificar, en qué grado usted considera que está afectada su calidad de vida por padecer de insuficiencia venosa crónica.

Su participación es completamente voluntaria; si no desea hacerlo, su negativa no le traerá ningún inconveniente.

1. ¿Por qué se realiza el estudio?

Se realiza este estudio para determinar la relación que existe entre el estadio clínico de su enfermedad venosa crónica y cuan afectada se encuentra su calidad de vida por la misma.

2. ¿Qué se conoce sobre el tema en investigación? ¿Se hicieron otros estudios similares con anterioridad?

Se conoce que la insuficiencia venosa crónica es una patología de alta prevalencia en el sistema de salud, posibles factores de riesgo se pueden prevenir con prácticas y cambios en estilo de vida para mejorar la calidad de vida de los pacientes aquejados por esta enfermedad los mismos para lo cual se han realizado estudios internacionales que los avalan.

3. ¿Tendré beneficios por participar?

Es probable (aunque no seguro) que usted no se beneficie con los resultados de este estudio; esperamos que si sea útil para el personal de salud que se encarga de la atención de pacientes con insuficiencia venosa crónica, permitiéndoles una mejor valoración clínica y la aplicación de tratamientos coadyuvantes para mejorar la calidad de vida de sus pacientes.

4. ¿Tendré riesgos por participar?

Usted No tiene riesgos de lesiones físicas si participa en este estudio; el riesgo potencial es que pierda la confidencialidad de sus datos personales. Sin embargo, se hará el mayor esfuerzo para mantener su información en forma confidencial.

5. ¿Cómo mantendrán la confidencialidad de mis datos personales? ¿Cómo harán que mi identidad no sea conocida?

Los datos que lo identifiquen serán tratados en forma confidencial como lo exige la Ley, salvo para quienes estén autorizados a acceder a sus datos personales. Ud. No podrá ser identificado. En caso de que los resultados de este estudio sean publicados en revistas médicas o presentados en congresos médicos, su identidad no será revelada.

6. ¿Quiénes tendrán acceso a mis datos personales?

El equipo de investigación podrá acceder a la información recabada, para los objetivos de este estudio de investigación.

He quedado satisfecho con la información recibida, la he comprendido y se me han respondido todas mis dudas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria.

Presto mi consentimiento a la recolección de datos, la realización de la encuesta propuesta y conozco mi derecho a retirarlo cuando lo desee, con la única obligación de informar mi decisión al investigador responsable del estudio

Firma: _____

