



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
FACULTAD DE MEDICINA

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21**  
**FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO**

***CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA  
CON Y SIN ÚLCERA EN MIEMBROS INFERIORES EN ATENCIÓN PRIMARIA***

Número de Registro R-2010-3703-28

**PARA OBTENER EL TÍTULO  
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

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

**DRA. ESTELA BARRERA NOGUÉZ**

ASESOR:

DR. JORGE MENESES GARDUÑO

MEDICO FAMILIAR ADSCRITO A LA UMF NO.21 IMSS FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO

ENERO 2011



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.

## **AUTORIZACIONES**

**DR. JOSE LUIS ORTIZ FRÍAS**

**DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

**DRA. LEONOR CAMPOS ARAGÓN**

**JEFE DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA DE LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR**

**DR. JORGE MENESES GARDUÑO**

**PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR CERTIFICADO**

## AGRADECIMIENTOS

### *A MI FAMILIA:*

*A mi esposo quien me ha entregado tiempo invaluable para mi propio desarrollo personal y profesional y al cual le tengo un profundo amor.*

*A mi hijo quien es la motivación de todo lo que día a día hago y la obra maestra de mi vida.*

*A mi madre quien ha sido el vehículo de inicio de todo esfuerzo por ser una gran mujer.*

*A mis suegros quienes han impreso en mí la entrega, la tenacidad y los grandes resultados que se obtienen tras todo esfuerzo acompañándome en este arduo camino.*

### *A MI ENTORNO:*

*A mis profesores quien día a día al ponerme retos me dieron la pauta para saber que todo se puede lograr amando la docencia, haciendo todo bien desde un principio.*

*A los pacientes quien sin saberlo son la llave de nuestro conocimiento y a quienes nos debemos.*

*“Sorprendernos por algo es el primer paso de la mente hacia el descubrimiento”*

*Louis Pasteur*

## ÍNDICE

I.	PORTADA	1
II.	AUTORIZACIONES	2
III.	AGRADECIMIENTOS	3
IV.	PENSAMIENTOS	4
V.	ÍNDICE	5
VI.	RESÚMEN	6
VII.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
VIII.	MARCO TEÓRICO	9
IX.	OBJETIVOS	17
X.	HIPÓTESIS	18
XI.	MATERIAL Y MÉTODOS	19
XII.	RESULTADOS	24
XIII.	DISCUSIÓN	37
XIV.	CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	39
XV.	ANEXOS	42
XVI.	BIBLIOGRAFÍA	51

## Resumen

### **Calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Venosa Crónica con y sin úlcera en atención primaria” Meneses-G. J.\*; Barrera-N. E.\*\* *Marco Teórico:***

La Insuficiencia Venosa y la úlcera causan morbilidad, discapacidad, problemas económicos y afectación en la calidad de vida. **Hipótesis:** Quienes presentan úlcera tienen una menor calidad de vida. **Objetivo General:** Determinar la calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Venosa con y sin úlcera y compararlas. **Tipo de Estudio** Observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. **Metodología:** Se aplicó, en consulta externa y curaciones -ambos turnos- de junio a diciembre 2010, el cuestionario CIVIQ que evaluó la calidad de vida a través de 20 reactivos, puntuándose cada uno de 1-5 con un total de 0 a 100 como menor o mayor calidad de vida. El análisis de datos se con SPSS versión 7. **Resultados:** El 60% de pacientes sin úlcera tuvieron una calidad de vida de regular a buena, en tanto el 3.96% de los que tuvieron úlcera presentaron una menor calidad de vida con afectación mayor en las dimensiones social y psicológica. **Conclusiones:** La calidad de vida es multifactorial; no depende de la presencia de la úlcera. **Palabras Clave:** *Insuficiencia Venosa Crónica, Calidad de Vida, Úlcera Venosa.*

## Summary

**“Quality of life in patients with chronic venous insufficiency with and without ulcer in primary care” Meneses-G. J. \*; Barrera-N. E. \*\* *Theoretical Framework:*** venous insufficiency and ulcers cause morbidity, disability, economic problems and impaired quality of life. **Hypothesis:** Those with ulcers

have a lower quality of life. **General Objective:** To determine the quality of life of patients with venous insufficiency with and without ulcer and compare them.

**Study Type:** Observational, retrospective and transversal. **Methods:** We applied in outpatient and healings, both shifts, from June to December 2010, the questionnaire CIVIQ evaluating the quality of life through 20 items, scored 1-5 each with a total of 0-100 as lower or higher quality of life. The data analysis was SPSS version 7. **Results:** 60% of ulcer patients without quality of life were fair to good, while the 3.96% of those who had ulcer had a lower quality of life with greater involvement in social and psychological dimensions. **Conclusions:** Quality of life is multifactorial, not dependent on the presence of úlceras. **Keywords:** Chronic Venous Insufficiency, Quality of Life, venous ulcer.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La IVC es causa de complicaciones como la presencia de úlcera en miembros inferiores, su mayor prevalencia se observa entre los 25 a 45 años y las formas moderadas a graves llegan a ser del 10 al 15%.<sup>1</sup> La úlcera venosa aumenta la posibilidad de descontrol de padecimientos crónicos y con ello aumenta el costo de su atención así como la afectación de la calidad de vida de quien la padece.

En este sentido, se ha observado que los pacientes que tienen como complicación de la IVC una úlcera, se ven afectados en su calidad de vida; principalmente en las dimensiones psicológica y social.

Al detectar a pacientes con IVC en fases iniciales se puede retrasar la aparición de úlceras venosas y, con ello mantener una adecuada calidad de vida. El Médico Familiar debe de realizar acciones específicas de tipo preventivo que condicionen modificación en los factores de riesgo que las predisponen.

De esta manera es deseable el desarrollo de programas preventivos, incluso, la iniciativa de implementar Clínicas de IVC en las Unidades de atención primaria, con personal capacitado en enfoque de riesgo ante patología vascular periférica a nivel primario con la finalidad de cumplimentar lo anteriormente expuesto, sin que con ello, devenga un gasto adicional para la institución. Por lo tanto nos preguntamos: “¿Cuál es la CV de los pacientes con y sin úlcera venosa en miembros inferiores en atención primaria?”

## MARCO TEÓRICO

La Insuficiencia Venosa Crónica (IVC) es definida por la Unión Internacional de Flebología (UIF) como los cambios producidos en los miembros inferiores resultado de la hipertensión venosa prolongada, con inclusión entre ellos de la pigmentación, el eczema y las úlceras.<sup>2</sup>

Se considera mundialmente la enfermedad vascular más frecuente, afectando al 20-30% de la población adulta y al 50% de los mayores de 50 años. Es 5 veces más frecuente en la mujer sin embargo no excluye al varón. Varía según ciertas circunstancias; así, afecta aproximadamente al 40-50% de la población adulta si contemplamos varices de todo tipo; estas cifras disminuyen al 10-20% (varices significativas), 5-7% (varices graves, con IVC) y 1-2% (úlceras venosas).<sup>3</sup> Éstas últimas, corresponde a las de úlceras en los miembros inferiores, activas y cicatrizadas; esta cifra desciende de 0.1 a 0.2% si se refiere solamente a las úlceras que se encuentran abiertas. Se estima que hasta un 75% de las heridas crónicas de los miembros inferiores son úlceras venosas; su prevalencia aumenta con la edad. Cuando se curan las úlceras venosas, ocurre recidiva en 33 a 42% de los casos; una de cada tres recidiva en un periodo de nueve meses y alrededor de 60% a los cinco años. Aunque los cambios vasculares y cutáneos son más tempranos, entre 50 y 70% de los pacientes tienen su primera úlcera de pierna alrededor de los 60 años de edad. Por lo tanto, es de concluirse que se requiere un periodo prolongado para obtener el cierre de la úlcera y, a pesar de todo, muchos pacientes nunca alcanzan la curación completa de la lesión.<sup>4</sup>

En México, las enfermedades venosas afectan a 5 millones de mexicanos, debido al sedentarismo, obesidad y envejecimiento. De acuerdo a la Secretaría de Salud, en el año 2000 se reportaron 232 250 casos de IVC, con un tasa de 233.27 por 100,000 habitantes. Especialistas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) prevén que en nuestro país el 80% de las mujeres, independientemente de la edad, padece algún problema en las venas. Dichas enfermedades son ocasionadas por la mala circulación sanguínea, siendo las mujeres más proclives que los varones, en una proporción de 8 a 1; esto se debe al calzado, las prendas de vestir y los cambios hormonales que favorecen la dilatación de las paredes de las venas. En la vida actual, las personas pasan más de 8 horas sentadas frente a la computadora o el televisor sin actividad física, y además se han elevado los índices de obesidad generando un mal funcionamiento del torrente sanguíneo.<sup>5</sup>

Las úlceras en miembros inferiores se definen como las heridas o pérdidas de tejido, sin tendencia a la cicatrización espontánea. Entre un 30-40% son consecuencia de venas varicosas superficiales. La úlcera venosa es la complicación más frecuente (70%) de la IVC por lo que se considera denominador común, aunque son lesiones benignas generalmente crónicas y característicamente poco dolorosas o indoloras salvo que estén infectadas. Fisiopatológicamente suele comenzar con un traumatismo en un paciente predispuesto, el que presenta destrucción de los sistemas valvulares venosos con inversión del flujo, fenómeno probablemente secundario a tromboflebitis profunda.<sup>6</sup> La descripción clásica de la ulceración de mecanismos venosos es la de úlceras poco profundas y de bordes mal definidos, especialmente en la región

del maléolo interno (84-88%) que se acompaña de edema, lipodermatoesclerosis, varices, hiperpigmentación por hemosiderina, atrofia blanca y ecematización de la región.<sup>7</sup>

Los factores de riesgo son: bipedestación prolongada, estreñimiento crónico, obesidad, sedentarismo, trombosis venosa, posparto, cirugías ortopédicas, reposo prolongado y tabaquismo. Dentro de las localizaciones más frecuentes están el área pretibial y la región supramaleolar interna.<sup>8</sup> Las manifestaciones más recurrentes son: coloración parda en el área del tobillo, edema en la región inferior de la pierna, piel indurada y tacto leñoso, cicatrices antiguas, piel seca y escamosa con dermatitis crónica, prurito intenso, herida de gran tamaño, bordes irregulares, tejido necrótico y esfacelado, y dolor.<sup>9</sup>

Clínicamente se puede llegar a un diagnóstico sin la necesidad de la realización de pruebas hemodinámicas u otras de laboratorio, sobre todo hablando de la ulceración venosa. Tan es así que, en las dos últimas décadas del pasado siglo, clasificaciones de autores como Widmer y Porter aportaron objetividad al concepto de IVC y fueron la base para la Clasificación CEAP (Clínica, Etiológica, Anatómica y Fisiopatológica), aprobada en el año 1995 por amplio consenso de los delegados de los treinta y cuatro países que integran la UIF y que posteriormente ha sido objeto de revisión en el año 2003. A pesar de algunos sesgos evidenciados y de cierta complejidad en la articulación de determinados epígrafes, la clasificación CEAP es actualmente aceptada como la más objetiva en el diagnóstico de los signos y los síntomas de la IVC.<sup>10</sup>

El tratamiento varía de acuerdo a la fase en que se encuentra la enfermedad; en primer lugar se sugiere al paciente evitar estar de pie durante

mucho tiempo, elevar las piernas cuando está descansando o durmiendo, se recomienda ejercicio, dieta saludable y usar medias o calcetines elásticos. En una etapa más avanzada, se pueden utilizar los medicamentos que facilitan la circulación. Los medicamentos tales como la diosmina (Daflon) y familias de flebotónicos derivados de ésta que funcionan en los capilares de la vena, evitando que se fugue la sangre que forma la inflamación, no obstante, este tratamiento no regula el movimiento sanguíneo, aunque sí disminuye los síntomas dolorosos. Igualmente, se puede recurrir a la cirugía, que ligue o extirpe la vena, la escleroterapia que consiste en la inyección de una solución que cicatriza y cierra la vena. La extirpación venosa o fleboextracción, es un procedimiento que se reserva a pacientes que experimentan dolor intenso o presentan úlceras en la piel.

Ante este panorama, para evitar estas enfermedades es importante realizar higiene venosa con acciones preventivas concretas: cambiar frecuentemente la posición al permanecer sentado y levantarse, por lo menos cada hora para evitar la postura prolongada, mantener el peso ideal y caminar mínimo 20 minutos diarios; evitar utilizar prendas como ligas que obstaculizan la circulación y prescindir del uso de tacones o utilizarlos.<sup>11</sup>

Los cambios crónicos de la macro y microcirculación descritos producen la manifestación más grave de la IVC: la úlcera venosa que afecta al 1% de la población e influyen en la CV de los mismos,<sup>12</sup> este concepto ha venido cobrando una gran relevancia por lo que respecta a la Medicina Familiar de nuestro país: “mirar el contexto del paciente con la enfermedad crónica, su padecer”, cuyos antecesores corresponden a los especialistas españoles.

Estos enfermos son grandes consumidores de los recursos sanitarios que se disponen ya que los cuidados asociados al tratamiento que requiere una persona con úlcera venosa con frecuencia se prolongan. Las úlceras venosas producen, entonces un deterioro en su CV e influyen negativamente en las actividades de su vida cotidiana, en su autoestima y en la forma de relacionarse con el entorno; son enfermos que han demostrado, en estudios internacionales, presentar gran ausentismo laboral y bajas laborales prolongadas.<sup>13</sup>

Según el estudio de Bernink en Holanda (1970) 20,000 pacientes con úlcera venosa motivaron cerca de un millón de días de pérdida. En U.S.A. (1979) las enfermedades venosas produjeron seis millones de días de ausentismo laboral. En cuatro grandes empresas Asturianas se constató el 1.3% de incapacidad laboral transitoria debido a problemas flebopáticos, lo que extendido a todo el estado supondría una pérdida de más de tres millones de jornadas laborales. En países como Inglaterra se han realizado exhaustivos estudios epidemiológicos, como el estudio Framingham donde se encontró que la incidencia a 2 años en IVC fue de 39.4/1000 hombres y 51.9/1000 mujeres. Existen otros estudios epidemiológicos como el estudio Bochum y el estudio Basle quienes demuestran claramente la incidencia de IVC e incremento de las úlceras venosas en pacientes con alteraciones circulatorias previas u otra etiología.<sup>14</sup>

Smith J.J., en 1999 afirmó que las personas con varices tienen una CV reducida comparada con la población general, puesto que ésta se ve afectada significativamente en diversas áreas: funcionalidad o desempeño físico, limitación en las actividades físicas secundarias a la sintomatología propia de la enfermedad, desenvolvimiento social y en la salud mental. De todo lo expuesto,

surge que el gasto global directo e indirecto en términos puramente económicos es elevado.<sup>15</sup>

Actualmente la demanda social no solamente se dirige hacia la curación sino también a los niveles de confortabilidad, o dicho de otra forma, incrementar los niveles de calidad de vida.<sup>16</sup>

La CV tiene su máxima expresión en la Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS). Las 3 dimensiones que comprenden global e integralmente son:

- Dimensión física: es la percepción del estado físico o la salud.
- Dimensión psicológica: es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo así como de sus creencias espirituales como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.
- Dimensión social: es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida (familiar, social, médico paciente, laboral, etc.)

Entonces, la IVC es una condición crónica que puede tener un impacto intenso en la CV del paciente afectado ya que la serie de signos y síntomas que caracterizan a este padecimiento ocasionan bajas laborales, frecuentes incapacidades, o reducción en el rendimiento laboral, vida social y familiar, así como trastornos psicológicos, físicos y sociales (p. ej.: limitación en el tipo de ropa que se usa, autopercepción de la apariencia física desagradable, estados depresivos por la apariencia y limitaciones físicas, dificultad o incapacidad para acudir o realizar actividades sociales o de entrenamiento), pese a los diversos tratamientos. El 65.2% de pacientes con IVC tienen síntomas moderados a graves (edema, cambios tróficos y/o úlceras activas o cicatrizadas) que

repercuten en su calidad de vida hasta en un 35.5% en mujeres y en varones en un 37.5%. Por lo anterior, se han establecido marcadores específicos (cuestionarios) de CV en IVC que permiten determinar la repercusión del padecimiento en la vida del paciente y los costos que esto genera a nivel nacional e internacional.<sup>17</sup>

El primero de ellos fue desarrollado y validado por Launois en Francia como la primera escala de calidad de vida específica para la IVC, donde se destacan las cuatro dimensiones de la calidad de vida. Dicho cuestionario se ha traducido al castellano en el estudio mencionado, al mismo se le ha denominado CIVIQ, es un Test de CV específico para la IVC y fue realizado en el año 1996 en Francia; consta de 20 preguntas que dividen la CV en cuatro dimensiones que son:

Dolor (con cinco preguntas)

Dimensión física (con cuatro preguntas)

Dimensión psicológica (con nueve preguntas)

Dimensión social (con 2 preguntas)

Cada una de las preguntas tiene 5 posibles respuestas (1 a 5), siendo la mínima puntuación posible 20 y 100 la máxima. Siendo 0 la mínima CV posible y 100 la máxima CV, o bien, en una escala conveniente: 0-30 mínima o mala, 31-65 moderada o regular y de 66-100 máxima o buena CV. Por su parte, Task Force, al revisar los estudios de CV en patología venosa, encontró ocho estudios y, de ellos únicamente CIVIQ es específico para la IVC. Algunos estudios indican que el cuestionario de Launois puede aplicarse a distintos países y con diferentes idiomas.<sup>18</sup>

Desde el punto de vista tradicional la enfermedad y los tratamientos se evaluaban sólo en función de indicadores objetivos; hoy en día se valoran tanto los indicadores objetivos como los subjetivos. Los indicadores subjetivos están referidos al modo de percepción del bienestar y CV de los pacientes.<sup>19</sup>

Así, la enfermedad venosa es una patología de primer orden socio sanitario que merece ser estudiada dentro de un estudio de investigación en los primeros niveles de atención por ser a este nivel donde se llevan acciones de promoción y prevención para evitar que aparezca el daño irreversible para el paciente y su familia, la empresa y la institución de salud.<sup>20</sup>

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Determinar la calidad de vida de los pacientes portadores de Insuficiencia Venosa Crónica (IVC) con y sin úlcera venosa de miembros inferiores que acuden a consulta en la Unidad de Medicina Familiar No. 21.

### **ESPECÍFICOS:**

1. Medir la calidad de vida de los pacientes portadores de IVC con úlcera venosa de miembros inferiores.
2. Medir la calidad de vida de los pacientes portadores de IVC sin úlcera venosa de miembros inferiores.
3. Comparar la calidad de vida de los pacientes portadores de IVC con y sin úlcera venosa de miembros inferiores.

## **HIPÓTESIS**

La calidad de vida en los pacientes con úlcera venosa de miembros es menor que en los pacientes sin úlcera.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Del 1º de junio al 1º de diciembre de 2010 se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal en pacientes portadores de IVC ambulatorios atendidos en el IMSS en la UMF No. 21 habiendo usado la fórmula de Schlesselman (ver Anexo 1). A dichos pacientes se les dividió en dos grupos: Grupo A: los que NO presentaron úlcera venosa (controles) y Grupo B: los que SI presentaban úlcera venosa (casos) habiendo satisfecho los siguientes criterios específicos:

Tabla I. Criterios de selección: inclusión, exclusión y eliminación	
<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	
1	Hombres y mujeres de 45 años o más
2	Derechohabientes del IMSS y adscritos a la UMF 21
3	Portadores de IVC con la presencia o no de úlcera venosa: Grupo A (sin úlcera) CEAP1-4 (controles) y Grupo B (con úlcera) CEAP 5-6 (casos)
4	Con la presencia o no de enfermedades crónico-degenerativas
5	Que hubiesen firmado carta de consentimiento informado
6	Que sepan leer y escribir
<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:</b>	
1	Presencia de enfermedad crónico-degenerativa en fase terminal
2	Con alguna incapacidad física o mental para contestar el cuestionario.
<b>CRITERIOS DE ELIMINACIÓN</b>	
1	Falta de respuesta en las preguntas del cuestionario en un 50% o más.

El protocolo de recogida de datos comprendía variables como lo es: número de afiliación, consultorio, turno, edad, sexo, peso, talla, índice de masa corporal (IMC), tensión arterial, ocupación actual, tipo de actividad física, enfermedades asociadas y tratamientos previos; existencia de várices y complicaciones (Tabla II).

Tabla II. VARIABLES				
Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Indicador
Variable dependiente				
CALIDAD DE VIDA	La percepción del bienestar físico, mental y psicológico respecto a la capacidad de actuación de un individuo	Estado de limitación expresada por el paciente al responder las preguntas contenidas en el cuestionario CIVIQ en las siguientes dimensiones:  Dolor Físico Social Psicológico	CUALITATIVA ORDINAL	1= 0 a 30 mínima o mala CV 2= 31 a 65 regular o moderada CV. 3= 66 a 100 máxima o buena CV
Variable independiente				
PRESENCIA DE ÚLCERA VENOSA	La presencia de un estadio CEAP 5 ò 6 en el paciente afectado.	Estadio clínico-anatomo-patológico de etiología venosa considerado como	CUALITATIVA ORDINAL	CEAP: 1. várices superficiales 2. várices

		la presencia de úlcera cicatrizada o activa en cualquiera de los miembros del paciente afectado portador de IVC.		tronculares 3. edema 4. cambios tróficos 5. úlcera cicatrizada 6. úlcera activa
Otras Variables				
EDAD	Años de vida de una persona desde su nacimiento	Años cumplidos referidos por el paciente	CUANTITATIVA DISCRETA	Años cumplidos
OCUPACIÓN	Actividad laboral realizada por el paciente	El paciente señale el tipo de actividad laboral que realiza	CUALITATIVA ORDINAL	1. Ama de casa 2. Obrero 3. Empleado 4. Profesionista
SEXO	Características genofenotípicas de una persona	El paciente señale el sexo al cual pertenece	CUALITATIVA NOMINAL	1. Masculino 2. Femenino
ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)	Es una medida de asociación entre el peso y talla del paciente cuya finalidad es evaluar el estado nutricional	Se determinará a través de la fórmula matemática: $IMC = (kg)/talla^2$	CUALITATIVA ORDINAL	Donde, según la OMS el estado nutricional se clasifica en: NORMAL= 20-24.99 SOBREPESO= 25-29.99

				OBESIDAD I=30-34.99 II=35-39.9 III=40
COMORBILIDADES	Enfermedades asociadas a IVC de los pacientes que no se encuentren en fase terminal	El paciente señale la (s) enfermedad(es) asociadas a la IVC	CUALITATIVA NOMINAL	1.Diabetes Mellitus Tipo2 2.Hipertensión Arterial Sistémica 3.Otra

Se determinó el estadio clínico de la IVC en una escala de 0 a 6 siguiendo la clasificación clínica CEAP<sup>10</sup>. La CV se valoró siguiendo un protocolo específico para la IVC (CIVIQ)<sup>19</sup> traducido del francés. Dicho cuestionario se basa en 20 apartados agrupados en cuatro dimensiones: dolor, social, física y psicológica (ver Anexos). La puntuación puede variar entre 0 y 100 (0-30= mínima o mala CV, 31-65= moderada o regular CV y 66-100= máxima o buena CV).

Se probó el cuestionario en el mes de agosto de 2010 en 5 pacientes que tuvieran los criterios de selección detectándose algunas preguntas que no fueron claras por lo que se re-estructuraron de forma tal que no ocasionaron confusiones. Se presentó, bajo solicitud adecuada, el protocolo de estudio ante el Comité de Investigación siendo autorizado por éste con el número de registro R-2010-3703-28.

Los datos se han tabulado en conjunto y por separado (pacientes con y sin úlcera venosa). Como estadísticas descriptivas se han empleado la media, la desviación

estándar (DE), el máximo y el mínimo de las variables cuantitativas. En las variables cualitativas se determinaron las frecuencias absolutas y relativas. La determinación de la CV (puntuación final y por dimensiones) fue realizada siguiendo a Launois. El análisis se ha efectuado con el programa estadístico SPSS.

## RESULTADOS

Presencia o no de úlcera venosa por sexo en pacientes portadores de IVC en la U.M.F. No. 21, 2010.

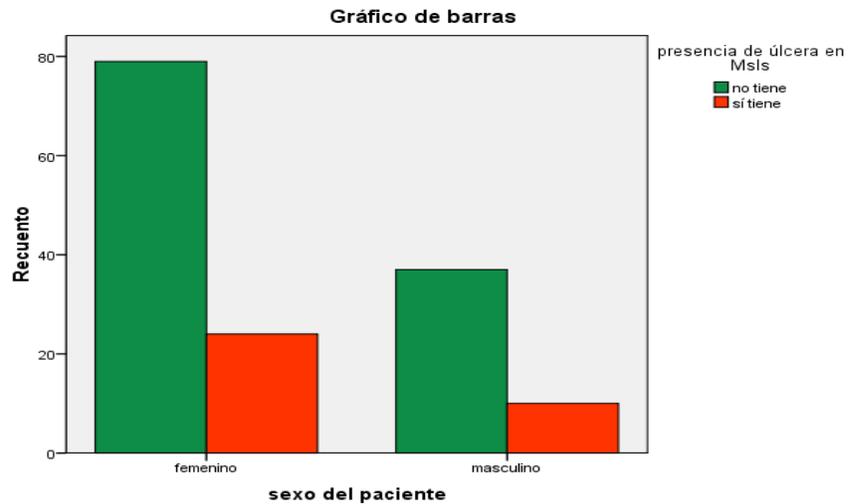
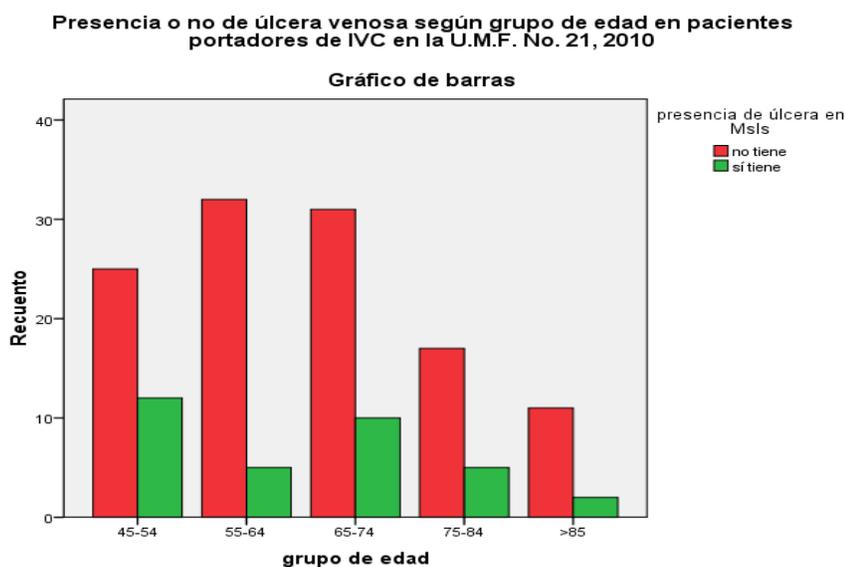


Tabla I. Sexo del paciente y presencia de úlcera en miembros inferiores en la UMF 21, 2010.

		presencia de úlcera en miembros inferiores		Total
		no tiene	sí tiene	
sexo del paciente	femenino	79 (53%)	24 (16%)	103
	masculino	37 (25%)	10 (7%)	47
Total		116	34	150

En la Tabla I se aprecia la mayor tendencia en el sexo femenino de desarrollar IVC y, aún más, de presentar úlcera venosa en miembros inferiores, entendiéndose esto por la genética, constitución, efecto hormonal y actividad laboral que difieren en los varones a pesar de encontrar estadios menores de acuerdo a la clasificación CEAP para IVC.

La presencia de enfermedades crónicas y sus complicaciones hoy en día se observa a edades más tempranas; específicamente en IVC desde los 45 años se hallan cambios venosos en las extremidades inferiores haciéndose más profundos proporcionalmente a la edad. (Tabla II/ Fig. 2)

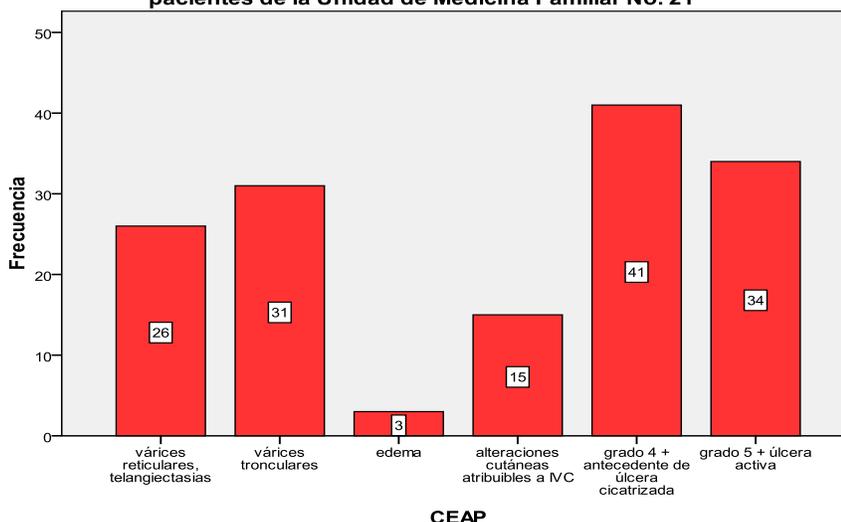


**Tabla II. Grupo de edad y presencia de úlcera en miembros inferiores en pacientes con IVC, UMF 21 (2010)**

Grupo de edad	presencia de úlcera en miembros inferiores		Total
	no tiene	sí tiene	
45-54	25 (17%)	12 (8%)	37 (25%)
55-64	32 (21%)	5 (3%)	37 (24%)
65-74	31 (21%)	10 (7%)	41 (28%)
75-84	17 (11%)	5 (3%)	22 (14%)
>85	11 (7%)	2 (1%)	13 (8%)
Total	116 (77%)	34 (22%)	150 (99%)

Debido a la cronicidad que presenta la Insuficiencia Venosa Crónica, como se pudo observar en este estudio, es más frecuente la presencia de estadios incipientes (CEAP 1-2) en tanto, como se dijo previamente, al hacerse proporcional el tiempo de evolución con la edad, los hallazgos clínicos los colocan en un mayor grado de daño (Tabla III/ Figura 3).

**Fig. 3. Distribución de frecuencias del grado de IVC (Clasificación CEAP) en los pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 21**

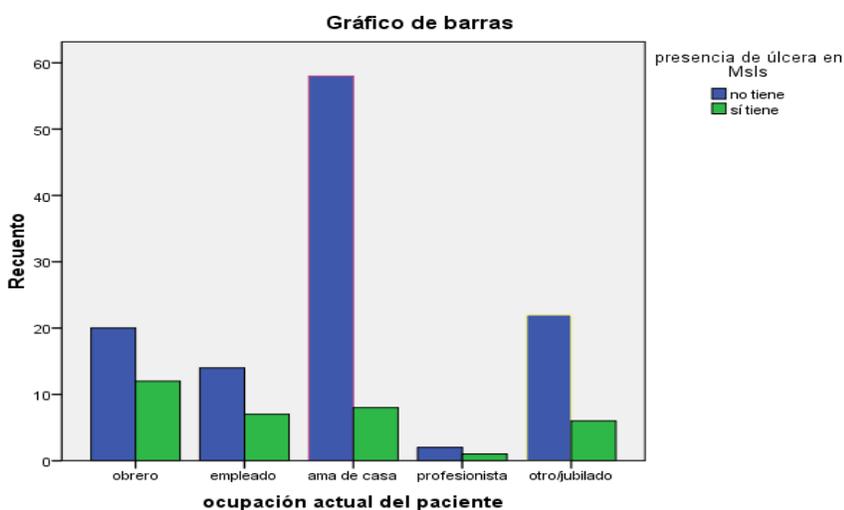


**Tabla III. CEAP: Grados de IVC en pacientes portadores de IVC en la UMF 21, 2010.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
várices reticulares, telangiectasias	26	17.3	17.3	17.3
várices tronculares	31	20.7	20.7	38.0
edema	3	2.0	2.0	40.0
alteraciones cutáneas atribuibles a IVC	15	10.0	10.0	50.0
grado 4 + antecedente de úlcera cicatrizada	41	27.3	27.3	77.3
grado 5 + úlcera activa	34	22.7	22.7	100.0
Total	150	100.0	100.0	

Otro aspecto de importancia es el que se refiere a la ocupación, considerada como un factor de riesgo con el tiempo, sobre todo relacionado con la bipedestación no sorprende, entonces, que el ser ama de casa sea la ocupación generadora de daño venoso en miembros inferiores aunado a la casi nula actividad física tal como lo observamos, también, en los pensionados. (Fig. 4/Tabla IV).

**Ocupación y presencia o no de úlcera venosa en miembros inferiores en pacientes portadores de IVC en la UMF 21, 2010.**

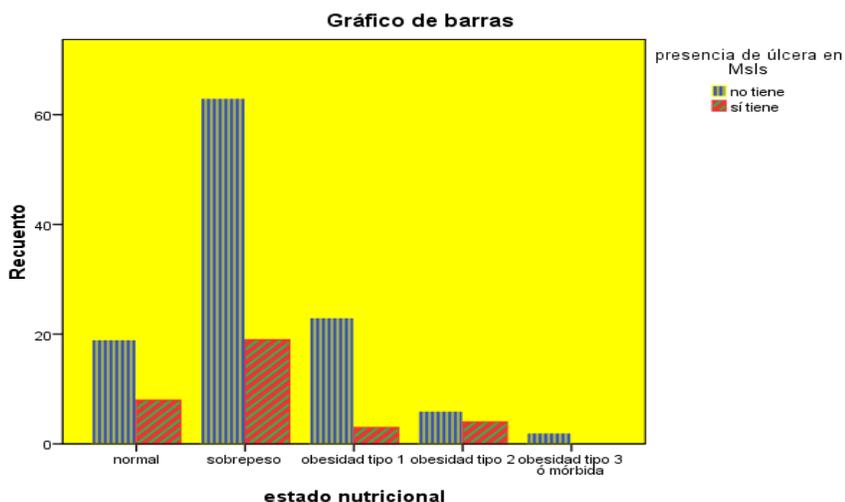


**Tabla IV. Ocupación actual del paciente portador de IVC en la UMF 21, 2010.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
V Obrero	32	21.3	21.3	21.3
á Empleado	21	14.0	14.0	35.3
li ama de casa	66	44.0	44.0	79.3
d n profesionista	3	2.0	2.0	81.3
o otro/jubilado	28	18.7	18.7	100.0
s Total	150	100.0	100.0	

La Obesidad es considerada como una comorbilidad y, por su magnitud, baste decir que precipita la aparición de complicaciones en la IVC pues, en lo que respecta a resultados, su estado previo (sobrepeso) fue el que prevaleció. (Tabla V/Figura 5).

**Estado nutricional y presencia o no de úlcera venosa en pacientes con IVC de la UMF No. 21, 2010**

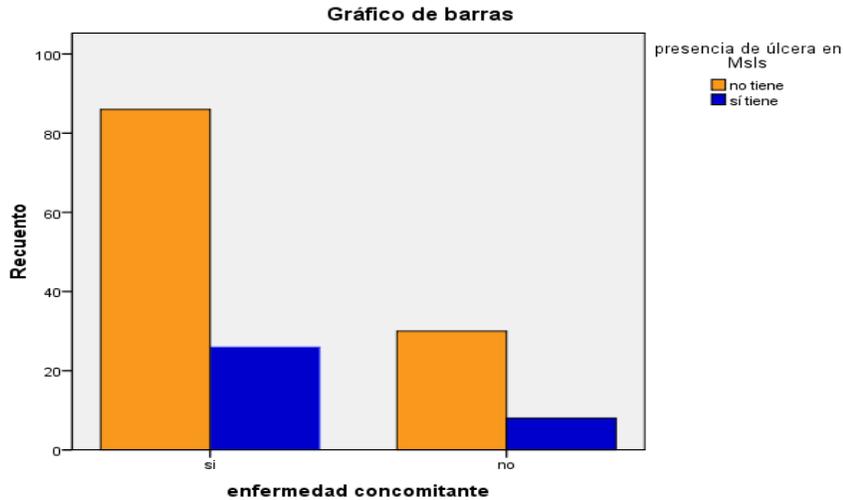


**Tabla V. Estado nutricional y presencia de úlcera en miembros inferiores en pacientes portadores de IVC en la UMF 21, 2010.**

Recuento		presencia de úlcera en miembros inferiores		Total
		no tiene	sí tiene	
estado nutricional	normal	19	8	27
	sobrepeso	63	19	82
	obesidad tipo 1	23	3	26
	obesidad tipo 2	6	4	10
	obesidad tipo 3 ó mórbida	2	0	2
Total		113	34	147

Considerablemente a los pacientes a quienes se agregan enfermedades crónico-degenerativas la necesidad de un manejo más agresivo es necesario teniendo, sin embargo, un pronóstico reservado (Tabla VI/Figura 6).

**Presencia o no de comorbilidad en relación a presencia o no de úlcera venosa en pacientes con IVC de la UMF No. 21, 2010**

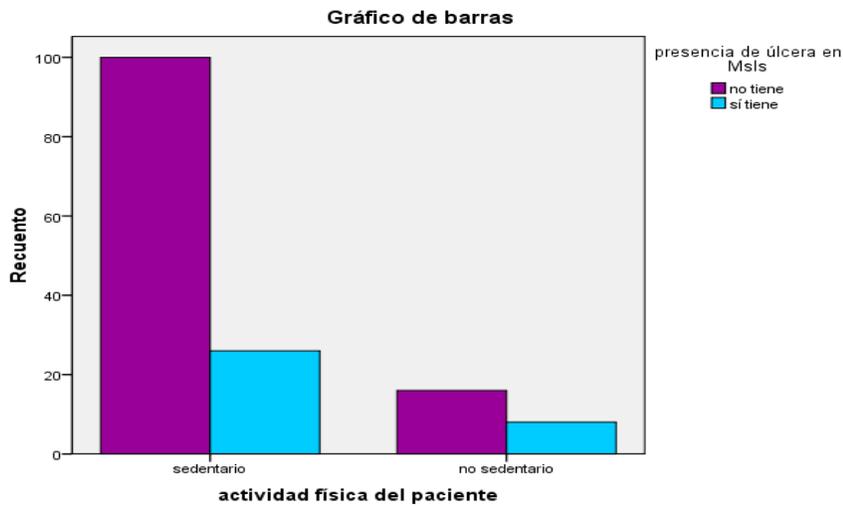


**Tabla VI. Presencia de enfermedad concomitante y presencia de úlcera en miembros inferiores en portadores de IVC de la UMF 21, 2010.**

		presencia de úlcera en miembros inferiores		Total
		no tiene	sí tiene	
enfermedad concomitante	si	86	26	112
	no	30	8	38
Total		116	34	150

Cuando hablamos de niveles preventivos, las actividades físicas son sinónimo de salud; en el caso que nos interesa, sin importar el grado de daño, existe el antecedente de sedentarismo siendo la complicación o daño percibido lo que obliga a la necesidad de una actividad aeróbica diaria como parte del tratamiento (Tabla VII/Figura 7).

**Actividad física y presencia o no de úlcera venosa en pacientes con IVC de la UMF No. 21, 2010**

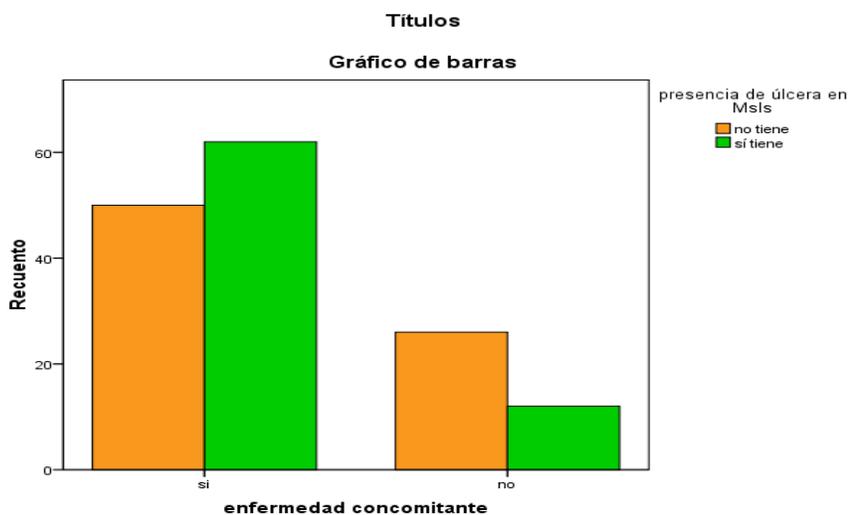


**Tabla VII. Actividad física del paciente y presencia de úlcera en miembros inferiores**

		presencia de úlcera en miembros inferiores		Total
		no tiene	sí tiene	
actividad física del paciente	sedentario	100	26	126
	no sedentario	16	8	24
Total		116	34	150

Una parte importante es el uso adecuado de medicamentos que coadyuvan a limitar el daño, pero al hablar de atención primaria, son pocos si no nulos los medicamentos específicos que pueden ser de utilidad para el tratamiento (Tabla VIII/Figura 8).

**Tratamiento medicamentoso en pacientes portadores de IVC de la UMF No. 21, 2010**



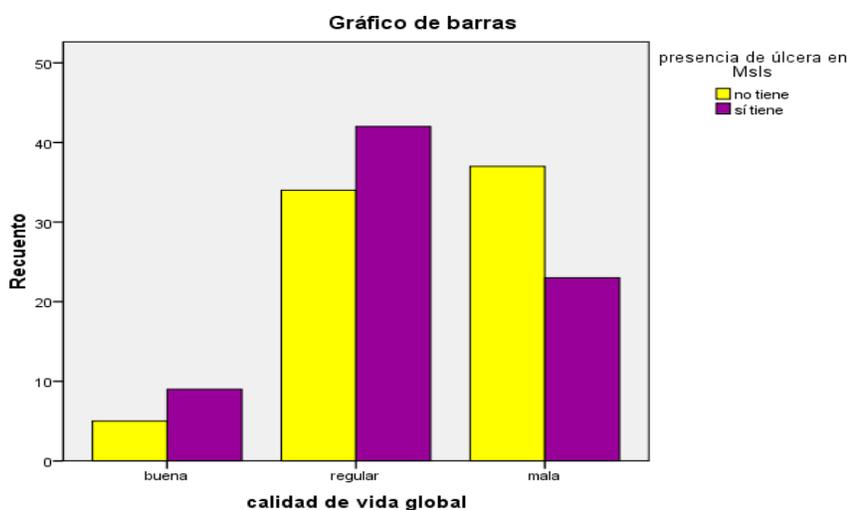
**Tabla VIII. Presencia de úlcera en miembros inferiores y uso de medicamentos para IVC en la UMF 21, 2010.**

Recuento

		tratamiento medicamentoso para IVP		Total
		si	no	
presencia de úlcera en miembros inferiores	no tiene	37	79	116
	sí tiene	26	8	34
Total		63	87	150

Finalmente, al aplicar el cuestionario CIVIQ se evaluó la calidad de vida de los pacientes estudiados obteniendo una marcada diferencia a expensas de quienes no tenía úlcera venosa concluyendo que la misma tiene que ver con aspectos de carácter estético, acceso a centros de salud, redes de apoyo existentes y nivel de conciencia de la enfermedad.(Tabla IX/Fig. 9).

**Calidad de Vida Global de los pacientes portadores de IVC con y sin úlcera venosa de Msls de la UMF No. 21, 2010.**

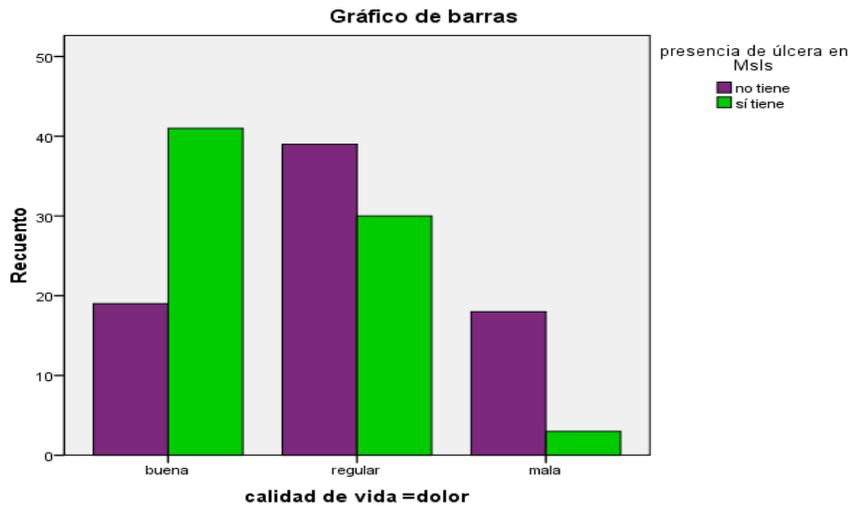


**Tabla IX. Calidad de vida global y presencia de úlcera en miembros inferiores en pacientes portadores de IVC de la UMF 21, 2010.**

		presencia de úlcera en miembros inferiores		Total
		no tiene	sí tiene	
calidad de vida global	buena	5 (3%)	9 (6%)	14 (9%)
	regular	34 (23%)	42(28%)	76 (51%)
	mala	37 (25%)	23(15%)	60 (40%)
Total		76 (51%)	74(49%)	150

Ahora bien, si tomamos en cuenta la percepción del paciente en un contexto determinado, hemos de coincidir en aspectos de carácter psicosocial. El dolor, por ejemplo, sustentado en la cronicidad no aparece hasta que no ha sido extenso el daño (Tabla X/Figura 10).

**Calidad de Vida en la dimensión de DOLOR en los pacientes con IVC con y sin úlcera venosa de Msis de la UMF No. 21, 2010**

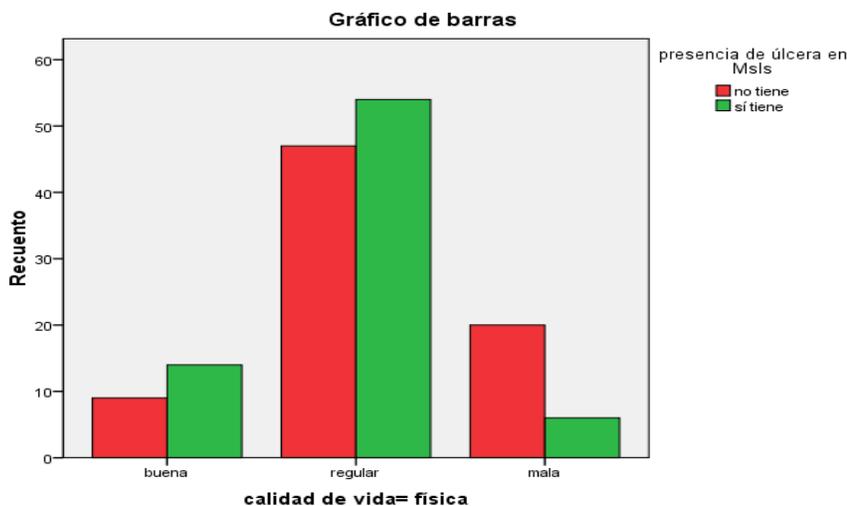


**Tabla X. Calidad de vida en la dimensión dolor y presencia de úlcera en miembros inferiores**

		presencia de úlcera en miembros inferiores		Total
		no tiene	sí tiene	
calidad de vida =dolor	Buena	19 (13%)	41 (27%)	60
	Regular	39 (26%)	30 (20%)	69
	Mala	18 (12%)	3 (2%)	21
Total		76	74	150

Por lo que respecto a la dimensión física, la percepción del paciente se enfocaba a no causar limitación importante en el vivir diario para realizar sus actividades. (Tabla VIII/Fig. 11).

**Calidad de Vida en la dimensión FÍSICA en los pacientes con IVC con y sin úlcera venosa de Msis de la UMF No. 21, 2010**

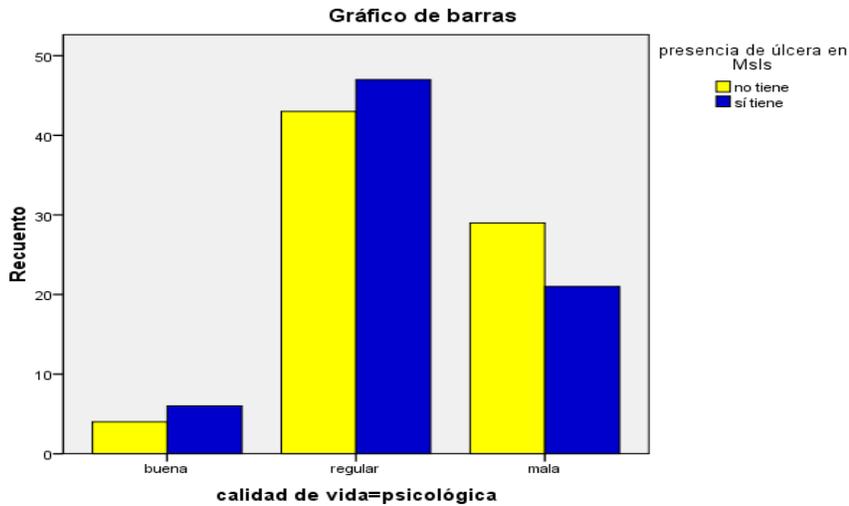


**Tabla XI. Calidad de vida física y presencia de úlcera en miembros inferiores en pacientes portadores de IVC de la UMF 21, 2010.**

		presencia de úlcera en miembros inferiores		Total
		no tiene	sí tiene	
calidad de vida= fisica	buena	9 (6%)	14 (9%)	23
	regular	47 (31%)	54 (36%)	101
	Mala	20 (13%)	6 (4%)	26
Total		76	74	150

En el aspecto psicológico, cuando hablamos de la subjetividad que le imprime el paciente, nos referimos a la sensación de minusvalía a la que tienden los pacientes, de ahí que la calidad de vida se vea mermada (Tabla IX/Fig. 12).

**Calidad de Vida en la dimensión PSICOLÓGICA de los pacientes con IVC con y sin úlcera de Msls de la UMF No. 21, 2010**

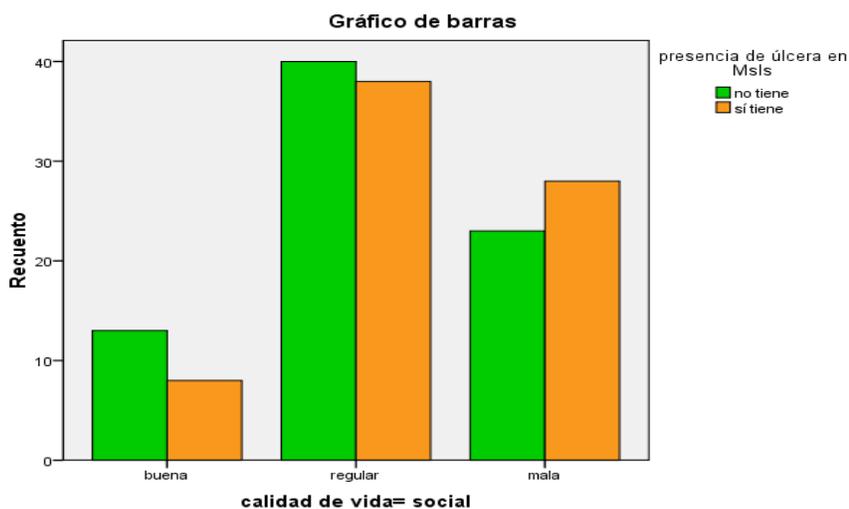


**Tabla XII. Calidad de vida psicológica y presencia de úlcera en miembros inferiores**

		presencia de úlcera en Miembros inferiores		Total
		no tiene	sí tiene	
calidad de vida=psicológica	buena	4 (3%)	6 (4%)	10
	regular	43 (29%)	47 (31%)	90
	mala	29 (19%)	21(14%)	50
Total		76	74	150

Socialmente las percepciones individuales han de entrelazarse con la cultura y las oportunidades del resto de individuos así como factores del ambiente externo; lo cual nos explicaría la tendencia, en este estudio, de referir que la calidad idad de vida empeora en esta dimensión. (Tabla XIII/Fig. 13).

**Calidad de Vida en la dimensión SOCIAL de los pacientes con IVC con y sin úlcera venosa de MsIs de la UMF No. 21, 2010**



**Tabla XIII. Calidad de vida social y presencia de úlcera en Miembros inferiores**

		presencia de úlcera en Miembros inferiores		Total
		no tiene	sí tiene	
calidad de vida= social	Buena	13 (9%)	8 (5%)	21
	Regular	40 (27%)	38 (25%)	78
	Mala	23 (15%)	28 (19%)	51
Total		76	74	150

## DISCUSIÓN

Sobre Calidad de Vida e Insuficiencia Venosa Crónica se han realizado numerosos estudios como el de Rosas-Flores, et.al. (2005) quien menciona el uso del cuestionario SF36 para CV en donde se contemplan 8 dimensiones con una  $p < 0.05$ , sin embargo, a diferencia del usado para nuestro estudio (cuestionario CIVIQ), SF36 no es específico para IVC. CIVIQ evalúa la calidad de vida de cualquier grado de IVC a través de 4 dimensiones divididas en 20 reactivos lo cual lo hace sencillo y válido para el objetivo principal que tuvo nuestra investigación; a pesar de las recientes publicaciones como las de González-Consuegra, RV; Verdú-J. que indican al cuestionario CCVUQ 2010 (por sus siglas en inglés) como específico para estadio 5-6 de la clasificación CEAP para IVC, es decir, para úlcera venosa de miembros inferiores; de ahí la importancia de tomarlo en cuenta en futuros estudios. Una vez resuelto el problema del instrumento a usar, Ibáñez-Fierro y J. Miranda-Barría, O. (1998) contemplan que la calidad de vida depende de tres factores: a) contexto del ciclo vital en el que el paciente se encuentre, b) resistencia al cambio y d) cultura; nada alejado de lo que, de alguna manera en el presente estudio podemos observar: la calidad de vida en los pacientes con IVC es de carácter multifactorial pero, en el estudio RELIEF hecho por Lozano, JA; et. al. España (2001) refieren haber encontrado mayor afectación en las dimensiones psicológica y social con una puntuación media del 54.6 a 71.4 lo cual coincide con lo reportado en nuestro estudio siendo la media de 60 puntos. Por su parte, Marinel, J. en España (2005) señala una puntuación de 51.6-68.8 puntos como la de mayor afectación para las dimensiones psicológica y social; situación a la

que se aúna lo referido por Martínez-Álvarez, A et. al., España (2005) en relación a que los pacientes afectados tienen como promedio 63.3 años de edad, en tanto, en el presente estudio el rango de edad que más predominó fue de 55 a 74 años de edad con un porcentaje acumulado del 52% lo cual coincide con la literatura publicada. Gesto-Castromil en el estudio DETECT-IVC en España (2001) reporta una mayor proporción de pacientes con historial de CEAP1-4 del 70.9% en tanto que el grado CEAP 5-6 fue del 2.6%, también se menciona un 25% de pacientes sin tratamiento a pesar diagnóstico de IVC y, desgraciadamente un porcentaje del 2.1%= 500 días baja laboral; coincidiendo con los resultados obtenidos en el presente estudio encontrándose con ello una significancia en cuanto a la validez de los resultados del presente estudio.

Así, al ser multifactorial la calidad de vida de los pacientes portadores de IVC independientemente del grado de afectación, es de suma importancia contemplar al paciente como una unidad biopsicosocial bajo la mirada de enfoque de riesgo partiendo de la detección oportuna, y aún más, de la intervención médica al promover en la población general el cuidado estrecho de los miembros inferiores a pesar de no encontrar daño alguno y, obviamente, un observación y manejo más estrechos en quienes ya se reconocen signos de patología venosa además de las comorbilidades que pueden estar existentes. Todo ello sugiere entonces, la creación necesaria de clínicas de higiene venosa para dar origen a talleres que promuevan la educación en la población general y, con ello, prevenir complicaciones devastadoras para quienes las viven y altamente costosas para la institución que las atiende.

## CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El presente estudio sirve de evidencia para generar nuevo conocimiento sobre la percepción sobre calidad de vida de los pacientes portadores de Insuficiencia Venosa Crónica en sus diferentes estadios (CEAP 1-6) considerándose ésta como una enfermedad crónica y silenciosa que, a pesar de no superar el impacto y gravedad de las conocidas enfermedades crónico-degenerativas más importantes en el país como lo son la Diabetes Mellitus, la Hipertensión arterial y con ellas sus complicaciones más temidas; la Insuficiencia Venosa Crónica es por mucho una patología que imprime un alto costo para la institución por la tendencia a la recidiva continua y el largo tiempo que requiere para su tratamiento cuando aparece la complicación más temida que es la úlcera venosa. Por ello, es prioritario dirigir las políticas de salud para la realización de actividades que promuevan la prevención de patologías que por ser incurables sólo controlables puedan generar resultados positivos en la calidad de vida y en la salud de los enfermos crónicos incluyendo los aspectos psicológico y social así como el contexto familiar.

La urbanización e industrialización actual ha tendido a elevar los factores de riesgo para el desarrollo o complicación de la IVC aunado también a las menores oportunidades económicas y las largas jornadas en empleos de gran trabajo físico y demanda postural tales como los obreros y las amas de casa. Por lo que respecta al grupo mayoritario que acude a la consulta médica, el mismo pertenece a la clase 1-2 CEAP (varices reticulares y tronculares) quienes por lo menos tiene más de 10 años con el antecedente sin que a la mayoría se le haya diagnosticado o tratado por la pobre sintomatología incipiente que comporta, lo

cual condiciona se subestime su atención oportuna tanto para el individuo que lo padece como para la institución social responsable de brindar salud a sus usuarios.

En Task Force se han revisado 60 estudios epidemiológicos (entre 1957 y 1996) de los cuales consideró relevantes 29 (48.3%): la mayoría estudia los casos de IVC en estadios avanzados como compete al presente (úlceras curadas o activas) de ahí que se refuerza la importancia de esta investigación la cual, al asociarla a la necesidad de realizar intervenciones educativas en las unidades de atención médica no sólo para los pacientes sino también para el personal, incrementa no sólo el nivel de conocimientos sino mejora el control de las enfermedades y complicaciones.

Por lo que respecta al personal, la actualización de conocimientos en cuanto al manejo de la IVC así como el manejo de heridas (úlceras) permitiría eficacia y eficiencia en la institución.

Por ello, sería de suma importancia crear no sólo una clínica para el manejo integral de las patologías venosas de miembros inferiores sino, la creación de talleres, seminarios o simposios para el manejo adecuado por parte del personal responsable de la enfermedad y sus complicaciones por las implicaciones ya mencionadas puesto, como se puede observar, aunque la calidad de vida no depende de un solo factor, la misma se incrementa en tanto que paciente y médico se capaciten en los aspectos que les toquen para la terapéutica que lleve al control satisfactorio de la IVC o su complicación: la úlcera venosa de miembros inferiores.

Sin embargo, no hay que olvidar que en atención primaria no se requiere de la presencia de daño para intervenir directa y eficazmente a través del enfoque de riesgo; por lo cual es necesaria la continua revisión de los miembros inferiores en cualquier paciente, aún más en los portadores de enfermedades crónico-degenerativas e IVC.

## ANEXOS

### FÓRMULA DE SCHLESSELMAN PARA CASOS Y CONTROLES (1)

$$n = \frac{\left[ z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Para fines estadísticos, se consideró que alrededor de un 1% de los controles tienen una mínima o mala CV y se consideró una diferencia importante entre ambos grupos de 0.2 (OR=0.2).

Entonces:

- Frecuencia de exposición entre los controles: 2%
- Odds ratio previsto: 2
- Nivel de seguridad 95% por un  $\alpha = 0.05$  (valor de tablas z para una prueba de 2 colas de 1.96)
- Poder estadístico por una  $\beta = 0.20$  (valor de tabla z de .84)

$$p = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

$$z_{1-\alpha/2} = 1,96 \quad z_{1-\beta} = 0,84$$

De acuerdo a: .....y los valores de.....

$$n = \frac{\left[ z_{1-\alpha/2} \sqrt{(c+1)p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{cp_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{c(p_2 - p_1)^2}$$

entonces:

$$n = (1.96 (0.4857569) + 0.84 (0.4702127)) \sqrt{2} / (0.33 - 0.2) \sqrt{2}$$

$$n = (1.4902431) \sqrt{2} / 0.0169$$

$$n = 2.2273502 / 0.0169$$

$$n = 131$$

$$n = 131 + 15\% \text{ de pérdidas} = 150$$

### ESCALA DE CLASIFICACIÓN CEAP (2)

GRADO	HALLAZGO CLÍNICO
0	Ausencia de signos clínicos
1	Várices reticulares – Telangiectasias
2	Várices tronculares
3	Edema
4	Alteraciones cutáneas atribuibles a la IVC
5	Grado 4 + antecedentes de úlcera cicatrizada
6	Grado 4 + úlcera activa

### CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA (3)

**Instrucciones.-** A continuación, se enumeran ciertas sensaciones o molestias que usted puede o no notar, y que pueden hacer que su vida cotidiana sea más o menos penosa. Indique si ha notado verdaderamente lo que describe la frase, y si su respuesta es positiva, con qué intensidad.

Entre las cinco respuestas previstas, señale con un círculo la que más se adapta a su situación, es decir, el número 1: Si la sensación o molestia descritos no se ha presentado, y el numero 2, 3, 4 ó 5 si alguna vez se han manifestado con más o menos intensidad (5 = máxima intensidad).

1) Durante las cuatro últimas semanas, ¿le han dolido los tobillos o las piernas, y con qué *intensidad*?

*(Señale con un círculo el número que corresponde a su respuesta).*

Ningún dolor	Dolores leves	Dolores medianos	Dolores importantes	Dolores intensos
1	2	3	4	5

2) A lo largo de las cuatro últimas semanas, ¿en qué medida se sintió usted molesto(a) / limitado(a) en su trabajo o en sus actividades habituales diarias a causa de sus problemas de piernas?

*(Señale con un círculo el número que corresponde a su respuesta).*

Ninguna molestia	Un poco	Moderadamente	Muy	Extremadamente
------------------	---------	---------------	-----	----------------

	molesto (a)	molesto (a)	molesto(a)	molesto (a)
1	2	3	4	5

3) Durante las cuatro últimas semanas, ¿alguna vez durmió mal a causa de su problema de piernas, y con qué frecuencia?

*(Señale con un círculo el número que corresponde a su respuesta).*

Nunca	Muy de vez en cuando	A menudo	Muy a menudo	Todas las noches
1	2	3	4	5

4) Durante las cuatro últimas semanas, ¿en qué medida sus problemas de piernas le han molestado para poder efectuar las actividades indicadas a continuación?

*(Por cada proposición que figura en la columna de la izquierda del cuadro señale con un círculo el número que indica en que medida le afectó).*

	Ninguna molestia	Un poco molesto (a)	Moderadamente molesto (a)	Muy molesto (a)	Extremadamente molesto (a)
4. Estar mucho rato de pie	1	2	3	4	5
5. Subir escaleras (varios pisos)	1	2	3	4	5
6. Ponerse en	1	2	3	4	5

cuclillas (arrodillarse)					
7. Andar con paso ligero	1	2	3	4	5
8. Viajar en coche, autobús, en avión	1	2	3	4	5
9. Hacer ciertas tareas del hogar (cocinar, llevar a un niño en brazos, planchar, limpiar el suelo o los muebles, hacer la compra)	1	2	3	4	5
10. Ir de bares, al restaurante, a una fiesta, a una boda, de cóctel	1	2	3	4	5
11. Hacer deporte (tenis, futbol), realizar esfuerzos físicos	1	2	3	4	5

importantes					
-------------	--	--	--	--	--

5) Los problemas de piernas también pueden repercutir en su estado de ánimo. ¿En qué medida las frases siguientes corresponden a lo que usted ha notado en las últimas cuatro semanas?

*(Por cada proposición que figura en la columna de la izquierda del cuadro, señale con un círculo el número que corresponde a su respuesta).*

	En absoluto	Poco	Moderada- mente	Mucho	Completa- mente
12. Me siento nervioso (a), tenso (a)	1	2	3	4	5
13. Me canso enseguida	1	2	3	4	5
14. Tengo la impresión de ser una carga para los demás	1	2	3	4	5

15. Tenga que tomar precauciones (como estirar las piernas, no estar mucho rato de pie...)	1	2	3	4	5
16. Me preocupa enseñar mis piernas	1	2	3	4	5
17. Me irrito y me pongo de mal humor fácilmente	1	2	3	4	5
18. Me siento como minusválido (a)	1	2	3	4	5
19. Me cuesta iniciar por las mañanas	1	2	3	4	5
20. No me dan ganas de salir	1	2	3	4	5

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE QUE PARTICIPA EN LA INVESTIGACIÓN:**

*“Calidad de Vida en pacientes con y sin úlcera venosa en miembros inferiores en atención primaria”*

*INVESTIGADOR: Dra. Estela Barrera Noguéz*

*ASESOR: Dr. Jorge Meneses Garduño*

*I.*

*INSTRUCCIONES: Llenado por investigador con los datos solicitados*

<i>FICHA DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL</i>	
<b><i>NOMBRE DEL PACIENTE</i></b>	
<b><i>Número de afiliación</i></b>	
<b><i>Consultorio</i></b>	
<b><i>Turno</i></b>	
<i>DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS</i>	
<b><i>Edad</i></b>	
<b><i>Sexo</i></b>	
<b><i>Ocupación actual</i></b>	
<b><i>Actividad física</i></b>	
<i>DATOS ANTROPOMÉTRICOS</i>	
<b><i>Peso</i></b>	
<b><i>Talla</i></b>	
<b><i>IMC</i></b>	

<b><i>Tensión Arterial</i></b>	
<b><i>ANTECEDENTES PATOLÓGICOS</i></b>	
<b><i>Enfermedades concomitantes</i></b>	
<b><i>MANEJO MEDICAMENTOSO DE INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA</i></b>	

## IX. BIBLIOGRAFÍA

---

- <sup>1</sup> Sociedad Mexicana de Angiología y Cirugía Vascular, A.C. XXVII. Congreso Nacional de Angiología y Cirugía Vascular. Rev Mex Angiol 2005, 4 (33):128-144.
- <sup>2</sup> Sociedad Mexicana de Angiología y Cirugía Vascular. XIII Congreso Nacional del Capítulo de Flebología de la SEACV. Rev Mex Angiol 2005, 57 (1): S67-S74.
- <sup>3</sup> Rosas-Flores MA, Serrano-Lozano A, Henestrosa-Peña K, Meza-Vudoyra M, Zárraga-Rodríguez JL, Sánchez-Nicolat N, Huerta-Huerta H, Ramírez-Moreno C. Calidad de Vida en el paciente con Insuficiencia Venosa Crónica Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", ISSSTE. 2008.
- <sup>4</sup> Guía Práctica Clínica: Guía para la evaluación de los pacientes con ulceraciones en miembros inferiores (1ª. Parte). Evidencia en Atención Primaria. Mayo/Junio 2007.
- <sup>5</sup> Álvarez-Fernández, L.J. Controversias en las úlceras de miembros inferiores. XIII Congreso Nacional del Capítulo de Flebología de la SEACV. Simposio I.Girona, 20-23 abril de 2005.
- <sup>6</sup> Marinello, J. Insuficiencia Venosa Crónica. Conceptos Actuales. Anales de Cirugía Cardíaca y Vascular 2004;10(2):96-143.
- <sup>7</sup> Lozano F., Jiménez-Cossío J., Ulloa J. La insuficiencia venosa crónica en España. Estudio epidemiológico RELIEF. Angiología 2001, 53: 5-16.

---

<sup>8</sup> ECONOMÍA DE LA SALUD. Insuficiencia Venosa: La epidemia que avanza al ritmo vertiginoso que la Obesidad. Noviembre-Diciembre 2008, 313-315.

<sup>9</sup> R. Gesto-Castromil, García, J.J. Encuesta epidemiológica realizada en España sobre la prevalencia asistencial de la insuficiencia venosa crónica en atención primaria. Estudio DETECT-IVC 2001; *Angiología* 53 (4): 249-260.

<sup>10</sup> O. Lapiedra. Clasificación CEAP. Criterios para selección/manejo de prioridades. *Anales de Cirugía Cardíaca y Vascul ar* 2004;10(2):96-143.

<sup>11</sup> R. Gesto-Castromil, García, J.J. DETECT-IVC *Angiología* 2001; 53 (1): 5.

<sup>12</sup> J. Calvo. Redes venosas. Fisiopatología de la insuficiencia venosa crónica. *Anales de Cirugía Cardíaca y Vascul ar* 2004;10(2):96-143.

<sup>13</sup> Espíndola CF, Bernal M, Aucejo M, Villalba JC. Prevalencia de várices en miembros inferiores en el personal del Hospital de Clínicas (Prevalence of varices among personnel of a General Hospital). Departamento de Cirugía General. Hospital de Clínicas. Universidad Nacional de Asunción. Paraguay. Departamento de Cirugía Vascul ar. Hospital de Clínicas. Universidad Nacional de Asunción. *Rev Chil Cir* 5 (59), Octubre 2007; 342-347.

<sup>14</sup> Franks PJ, Wright DD, Moffatt CJ, Stiling J, et al. Prevalence of venous disease: a community study in west London. *Europe Journal Surgery*; 155: 143-7, 1992.

Brand FN, Dannanberg AL, et al. The epidemiology of varicose veins: The Framingham Study. *Am J Prev Med*; 4:96-101, 1998.

Bergan, JJ. New Technology and recurrent varicose veins. *Lancet*, 1996; 348-10.

- 
- <sup>15</sup> Smith JJ. Evaluating and improving health-related quality of life in patients with varicose veins. *Journal of Vascular Surgery*. October 1999. Vol. 30 (4), 710-719.
- <sup>16</sup> Kuri-Morales P, González-Roldán JF. *Problemas de Salud Emergentes*, 2008.
- <sup>17</sup> Dona L, Lauping, Sara Schroter, PhD. Evaluation of outcomes in chronic venous disorders of the leg: Development of a scientifically rigorous, patient-reported measure of symptoms and quality of life. *Journal of Vascular Surgery*. February 2003. Vol. 37 (2), 410-419.
- <sup>18</sup> Sánchez del Corral F, Otero A, Alberdi JC, Gómez M. Diseño y validación de un cuestionario para el screening de la IVC en miembros inferiores. *Atención Primaria*. (La insuficiencia venosa crónica en España. Estudio epidemiológico RELIEF) 1992; 9: 66-72
- <sup>19</sup> Lozano F., Launois R. RELIEF Spanish Group. Quality of life (Spain and France): validation of the chronic venous insufficiency questionnaire (CIVIQ), *Methods Find Exp. Clin Pharmacol* 2002; 24: 425-9.
- <sup>20</sup> Marinel. 1o J, Cairols M. Comité Ad Hoc SEACV y CEF Libro Bco: IVC: su impacto en la sanidad española. Horizonte del 2010. Relación coste beneficio. Microestudio prospectivo basado en el método Delphi. Madrid: Nilo Gráfica; 2004.