



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

TEMA:

“PERFIL CLINICO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA SUPERFICIAL Y SU RELACIÓN CON LOS ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE CIRUGÍA VASCULAR EN EL HOSPITAL TEODORO MADONADO CARBO, PERIODO SEPTIEMBRE A NOVIEMBRE DEL 2014”

**TRABAJO DE TITULACION PRESENTADO COMO REQUISITO PARA
OPTAR EL TITULO DE MEDICO**

Nombre del Autor: Francisco Javier Mendoza Viteri

Nombre del Tutor: Dr. Washington Obando Pardo

Guayaquil – Ecuador

Año 2014 – 2015

CERTIFICADO DEL TUTOR

En mi calidad de tutor del trabajo de titulación para optar el título de médico de la facultad de ciencias médicas.

CERTIFICO QUE: He dirigido y revisado el trabajo de titulación de grado presentada por el Sr. **FRANCISCO JAVIER MENDOZA VITERI** con C.I.# **1309177192**

Cuyo tema de trabajo de titulación es:

“PERFIL CLINICO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA SUPERFICIAL Y SU RELACIÓN CON LOS ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE CIRUGÍA VASCULAR EN EL HTMC, PERIODO SEPTIEMBRE A NOVIEMBRE DEL 2014”

Revisada y corregida que fue el trabajo de titulación, se aprobó en su totalidad, lo certifico:

Guayaquil, Noviembre del 2014

EL TUTOR

.....
Dr. Washington Obando Pardo

AUTORÍA DE TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación **“PERFIL CLINICO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA SUPERFICIAL Y SU RELACIÓN CON LOS ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE CIRUGÍA VASCULAR EN EL HTMC, PERIDODO SEPTIEMBRE A NOVIEMBRE DEL 2014”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi como autor de este trabajo de grado.

Guayaquil, Noviembre del 2015

EL AUTOR

.....
Francisco Javier Mendoza Viteri

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

Este Trabajo de Graduación cuya autoría corresponde al **SR. FRANCISCO JAVIER MENDOZA VITERI** ha sido aprobada, luego de su defensa publica, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de MEDICINA como requisito parcial para optar por el Titulo de MEDICO

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL
TRIBUNAL**

MIEMBRO DEL

SECRETARIA

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo y toda mi carrera a mi familia, quienes han sido un pilar fundamental en todos estos años de estudio y sacrificios continuos; ellos que supieron estar todo el tiempo a pesar de las dificultades, que lograron entender mis decisiones y mi poco tiempo libre dedicado a ellos. Que supieron extenderme su mano y darme fuerza en los momentos difíciles y de cansancio cuando la única opción parece solo darse por vencido. Que secaron mis lágrimas cuando el camino se hacía arduo.

A mi madre que día tras día, de cada uno de estos años me alentó a seguir, demostrándome sin cesar su amor incondicional; que me hizo ver mis errores y me hizo entender que la lucha siempre será contra mi mismo.

A mis amigas y amigos que hicieron de cada momento una experiencia de vida enriquecedora y que alegraron el camino que me llevo hasta este momento.

Francisco Mendoza.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la vida y cada gracia de ella, por ser mi fuerza, mi razón de seguir viva y en la lucha constante, por demostrarme su amor a través de todas las personas cercanas y de los pacientes agradecidos que me brindaron un gracias, por estar omnipresente a pesar de mi desapego en ciertas circunstancias, por mostrarme todo lo que se puede ganar después de haberlo dejado todo, y por ser aquella esencia que siempre seguirá conmigo en cada minuto de mi vida.

A mi madre, mi padre, mi hermana y mi novia que me llenaron siempre con sus palabras, que me sacaron una sonrisa, que me hacen dejar atrás cada momento extenuante con un abrazo o un beso, que se preocuparon en toda eventualidad, que jamás dejaron de creer en mi capacidad y en lo que finalmente he llegado a ser; a ellos que son la demostración más grande del amor de Dios y mi motor diario, y que espero tenerlos en muchos logros más.

A todos y cada uno de ellos gracias, por haber creído y permitirme llegar a conquistar mi primer logro, ser médico.

Francisco Mendoza.

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS.....	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xiii
RESUMEN.....	xiv
SUMMARY.....	xvi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN.....	2
1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO.....	4
1.2.3 PROGNOSIS.....	5
1.2.4 DELIMITACIÓN.....	5
1.2.5 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
1.2.6 PREGUNTAS DIRECTRICES.....	6
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	6
1.4 OBJETIVOS.....	8

1.4.1 GENERAL.....	8
1.4.2 ESPECÍFICOS.....	9
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	10
2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	10
2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA.....	11
2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	11
2.4 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	16
2.4.1 ENFERMEDAD VENOSA.....	16
2.4.2 EPIDEMIOLOGÍA.....	25
2.5 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES.....	30
2.6 HIPÓTESIS.....	30
2.7 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES.....	30
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....	31
3.1 ENFOQUE INVESTIGATIVO.....	31
3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	31
3.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	31
3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	32
3.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	32
3.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	32
3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	33
3.6 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	37
3.7 PLAN DE PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN.....	37
3.8 PLAN DE ANÁLISIS.....	37

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS...	38
4.1 RESULTADOS.....	38
4.2 VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	50
 CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	 52
5.1 CONCLUSIONES.....	52
5.2 RECOMENDACIONES.....	52
 CAPÍTULO VI. PROPUESTA.....	 54
6.1 DATOS INFORMATIVOS.....	54
6.1.1 TÍTULO.....	54
6.1.2 INSTITUCIÓN EFECTORA.....	54
6.1.3 BENEFICIARIOS.....	54
6.1.4 UBICACIÓN.....	54
6.1.5 TIEMPO.....	54
6.1.6 EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE.....	55
6.1.7 COSTO.....	55
6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA.....	55
6.3 JUSTIFICACIÓN.....	56
6.4 OBJETIVOS.....	57
6.4.1 GENERAL.....	57
6.4.1 ESPECÍFICOS.....	57
6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD.....	58
6.6 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO-TÉCNICA.....	58
6.7 MODELO OPERATIVO.....	64
6.8 ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA.....	66
6.9 PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN.....	66

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
BIBLIOGRAFÍA.....	67
ANEXOS.....	72

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1. Clasificación CEAP de la Insuficiencia Venosa Superficial.....	19
TABLA N° 2. Frecuencia y porcentaje de pacientes con Insuficiencia Venosa Superficial que acuden a la consulta de cirugía vascular del HTMC de acuerdo al sexo.....	40
TABLA N°3. Relación entre las variables: edad e índice de masa corporal de pacientes con insuficiencia venosa superficial que acuden a la consulta de cirugía vascular HTMC.....	42
TABLA N°4. Frecuencia y porcentaje de pacientes con Insuficiencia Venosa Superficial que acuden a la consulta cirugía vascular del HTMC en base al ejercicio físico.....	42
TABLA N°5. Relación entre las variables: edad y ejercicio físico de pacientes con insuficiencia venosa superficial que acuden a la consulta de cirugía vascular	43
TABLA N° 6. Relación entre las variables: ejercicio físico e índice de masa corporal de pacientes con insuficiencia venosa superficial que acuden a la consulta de cirugía vascular.....	43
TABLA N°7. Relación entre las variables: edad e posición estática de pacientes con insuficiencia venosa superficial que acuden a la consulta de cirugía vascular	45
TABLA N°8: Relación entre las variables: ejercicio físico y posición estática de pacientes con insuficiencia venosa superficial que acuden a la consulta de cirugía vascular.....	45
TABLA N°9: Relación entre las variables: índice de masa corporal y posición estática de pacientes con insuficiencia venosa superficial que acuden a la consulta de cirugía vascular.....	46
TABLA N° 10: Frecuencia y porcentaje de la posición estática >6 horas de los pacientes con Insuficiencia Venosa Superficial que acuden a la consulta de cirugía vascular	46
TABLA N° 11. Frecuencia y porcentaje de los antecedentes patológicos de los pacientes con Insuficiencia Venosa Superficial que acuden a la consulta de cirugía vascular.....	47
TABLA N° 12. Frecuencia y porcentaje de consumo de tabaco en los pacientes con Insuficiencia Venosa Superficial que acuden a la consulta de cirugía vascular	47

TABLA N°13. Frecuencia y porcentaje de consumo de alcohol en los pacientes con Insuficiencia Venosa Superficial que acuden a la consulta de cirugía vascular	48
TABLA N°14. Tabla de valores de regresión logística de los estilos de vida asociados a la Insuficiencia Venosa Superficial de los pacientes que acuden a la consulta de cirugía vascular del HTMC.....	49
TABLA N°15. Tabla de medidas higiénico dietéticas para el control de la Insuficiencia Venosa Crónica.....	61
TABLA N°16. Cuestionario CIVIQ.....	63

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°1. Porcentaje de pacientes con Insuficiencia Venosa Superficial que acuden a la consulta de cirugía vascular del HTMC por cada grupo etario..... 39

GRÁFICO N°2. Porcentaje de pacientes con Insuficiencia Venosa Superficial que acuden a la consulta de cirugía vascular del HTMC en base a su índice de masa corporal..... 41

GRÁFICO N°3. Escalamiento dimensional de los estilos de vida asociados a la Insuficiencia Venosa Superficial de los pacientes que acuden a la consulta de cirugía vascular del HTMC..... 50

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

“PERFIL CLINICO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA SUPERFICIAL Y SU RELACIÓN CON LOS ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE CIRUGÍA VASCULAR EN EL HTMC, PERIDODO SEPTIEMBRE A NOVIEMBRE DEL 2014”

RESUMEN

Investigación de tipo descriptivo observacional transversal, con la finalidad de determinar estilos de vida de riesgo para pacientes diagnosticados insuficiencia venosa superficial que acuden a consulta externa de cirugía vascular del Hospital Teodoro Maldonado Carbo; debido, a que la proporción de pacientes que la presentan va en aumento siendo una patología de una cronicidad marcada y que por tanto representa gastos gubernamentales tanto a nivel hospitalario así como de ausentismo laboral. Para lo cual se manejó una población de 87 pacientes que acudieron con dicho diagnóstico en un período de Septiembre – Noviembre de 2014, a quienes se les sometió a una encuesta en base a determinados factores que han sido relacionados en investigaciones no nacionales, dentro de los que se toman tanto variables modificables como no modificables. Por medio del cual se observó que la mayoría de pacientes eran de sexo femenino (81.61%), con una proporción de edad en general >45 años (53.62%), y con una masa corporal que ubica a la mayoría (78.16%) de pacientes en sobrepeso y algún grado de obesidad. De forma general, más de la mitad de los pacientes refería antecedentes familiares de primera línea, posición estática por más de seis horas diarias y ausencia de la

práctica de ejercicio físico. Observándose que cada uno de estos representa un factor para el desarrollo de la enfermedad de forma individual; y solamente relacionándose la edad y la posición estática con un valor de p de 0.020; sin encontrar relación estadística entre las variables que las agrupe como un conjunto de riesgo. Por tanto, se concluye que existen factores que se pueden modificar en la población diagnosticada la enfermedad como sin esta por tener una influencia particular, basándose en la práctica de ejercicio físico, cambios o modificaciones en la posición estática y disminución del índice de masa corporal.

PALABRAS CLAVE: INSUFICIENCIA_VENOSA, ESTILOS_VIDA, FACTORES_RIESGO, EDAD, MODIFICAR.

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
CAREER OF MEDICINE

**"CLINICAL PROFILE OF THE SUPERFICIAL VENOUS
INSUFFICIENCY AND ITS RELATIONSHIP
WITH PATIENTS LIFESTYLE ATTENDED AT THE CONSULT OF
VASCULAR SURGERY AT HTMC"**

SUMMARY

An observational descriptive transversal study in order to determine risk lifestyles for superficial venous insufficiency diagnosed patients attended at vascular surgery external consult in the Hospital Teodoro Maldonado Carbo; due to the proportion of patients has been increasing being population of this chronic pathology and therefore represents government spending both in hospitals as well as absenteeism. A population of 87 patients who presented with that diagnosis in a period of September was handled - November 2014 was included, who were subjected to a survey based on certain factors that have been associated in non-national research within both modifiable and non-modifiable variables. Whereby it was observed that were more females (81.61%), and the average age > 45 years (53.62%) and patients with a body mass index with some degree of overweight and obesity. In general, more than half of the patients reported a family history of frontline static position for more than six hours daily and absence of physical exercise. Observed that each of these represents a factor for disease development individually; and only interacting age and static position with a p-value of 0.020; found no statistical relationship between the variables that brings together a group of risk factors. Therefore, it is concluded that there are factors that can be modified in the population diagnosed the disease as without this by having a

particular influence, based on physical exercise, changes or modifications to the static position and decreased body mass index.

KEYWORDS: FAILURE_VEIN, LIFESTYLES, RISK_FACTORS, AGE, MODIFY.

INTRODUCCIÓN

Actualmente se ha dado gran importancia a ciertas enfermedades que por su nivel de prevalencia en la población o la afectación en la morbilidad de esta, preocupan en demasía a las autoridades de salud. Denotan así, patologías que han permanecido a tras luz de enfermedades con mayores índices de mortalidad, como es en el caso de este estudio la insuficiencia venosa superficial; siendo esta poco estudiada, analizada y minimizada como un mal estético, restándole así la importancia que posee.

En nuestro entorno los estilos de vida de la población han comenzado cambiar y por ende estos influyen en el desarrollo de determinadas enfermedades. La presente investigación ha visto la necesidad de estudiar este campo e indagar la afectación, influencia y relación de la insuficiencia venosa superficial con la forma de vida y características que presenta nuestra población, y así extrapolar los estudios que se han realizado, con nuestra realidad. Sumado a esto el estado ecuatoriano a través de publicaciones del Ministerio de Salud muestra que las investigaciones en este campo no han sido priorizadas, y define como líneas preponderantes en este caso, el estudio de hábitos en la enfermedad vascular periférica.

Así, se han valorado determinados factores de riesgo del estilo de vida de la población que presenta Insuficiencia Venosa Superficial y que acude al Hospital Teodoro Maldonado Carbo, permitiendo establecer bases para próximos estudios; como también los campos en que se debe fortalecer las consultas de atención preventiva. Entre estos factores encontramos características esenciales como edad, sexo o antecedentes familiares y otras que pueden ser modificables como el índice de masa corporal, ejercicio y la posición estática por más de 6 horas.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.- TEMA:

“LA INSUFICIENCIA VENOSA SUPERFICIAL Y SU RELACIÓN CON LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE CIRUGÍA VASCULAR HTMC”

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1- CONTEXTUALIZACIÓN

Según datos de la OMS “las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por enfermedad cardiovascular que por cualquier otra causa”. (World Health Organization, 2011) “9.4 millones y medio de muertes, es decir, el 16,5% de las muertes anuales, son atribuibles a la hipertensión. Esto incluye el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular y el 45% de las muertes por cardiopatía coronaria.” (World Health Organization, 2008) Sin embargo, la mayoría de las enfermedades cardiovasculares pueden prevenirse actuando sobre los factores de riesgo, como el consumo de tabaco, las dietas malsanas y la obesidad, la inactividad física, la hipertensión arterial, la diabetes o el aumento de los lípidos.

Como fundamento para la contextualización de la presente investigación, se tomó como referente Espinola y cols. 2007, los cuales manifiestan que “en los países industrializados la prevalencia de la enfermedad varía entre 20 – 60%, por lo que resulta ser una de las enfermedades más costosas de la sociedad tanto en el plan médico como social, trayendo

como consecuencia pérdida de días laborales a causa de la incapacidad que produce. La enfermedad varicosa constituye un serio problema que afecta a determinadas áreas de la población mundial, y que tiene una considerable repercusión desde el punto de vista sanitario, social y laboral”. (Espinola, 2007)

Álvarez-Fernandez LJ, 2008 manifiestan que “la insuficiencia venosa crónica es la enfermedad vascular más frecuente, hasta el 71% de los pacientes que acuden a la consulta del médico de familia presentan algún signo o síntoma compatible con insuficiencia venosa crónica, el 17% en los estadios más avanzados de la enfermedad con cambios tróficos cutáneos; es 5 veces más frecuente en la mujer.” (Álvarez-Fernandez, 2008)

“La insuficiencia venosa crónica es una enfermedad progresiva, y resulta uno de los padecimientos de mayor morbilidad en el mundo, con una prevalencia aproximada de 20 a 50% de la población adulta femenina, y de 10 a 20 % de la masculina.” (Edouard & Quiñones, 2010)

El Dr. Luis Del Aguila Hoyos, 2008 expone que “las várices de los miembros inferiores constituyen un epifenómeno de la enfermedad varicosa la que es definida como la enfermedad que afecta al sistema venoso de curso evolutivo con gran tendencia a la cronicidad. Este epifenómeno se constituye en la más común de las enfermedades vasculares periféricas, habiéndose estudiado su prevalencia en algunas regiones del globo terráqueo; 29,6% en Europa y 20% en América Latina. En términos generales en los círculos flebológicos se presume que el 30% de la patología en el mundo, lo constituyen problemas venosos.” (Luis, 2008)

“Las varices suponen un problema de salud que afecta principalmente a los países desarrollados, donde causan una alta morbilidad en la población adulta y tienen un alto coste para los servicios sanitarios. Se ha estimado que hasta un 10-15% de los varones y un 20-25% de las mujeres adultas de los países occidentales presentan varices.” (Ahumada M., 2004)

“En la actualidad, debido al envejecimiento de la población, el problema de la enfermedad vascular periférica está creciendo en importancia y demanda una progresiva atención médica. Es responsable de la ocupación de aproximadamente el 10% de las camas de los hospitales, lo que ocasiona unos costes globales cercanos al 5% del presupuesto sanitario de los países del entorno europeo.” (Aguilar, 2003)

“En la población occidental adulto, la prevalencia de las venas varicosas es 20%, y alrededor de 5% tienen edema venoso, cambios en la piel o úlceras venosas. Sobre la base de las estimaciones del estudio epidemiológico San Diego por Criqui M. en 2007, más de 11 millones de hombres y 22 millones de mujeres entre las edades de 40 y 80 años en los Estados Unidos tienen venas varicosas, y 2 millones de adultos han avanzado a enfermedad venosa crónica lo que ha sido reconocido por expertos internacionales y por los líderes de la Sociedad de Cirugía Vascular y Foro Venoso Americano.” (Gloviczki, 2011)

Algunos “estudios realizados en poblaciones seleccionadas han puesto en evidencia diferencias étnicas y geográficas en la prevalencia de varices, demostrado un aumento en consonancia con la «occidentalización» de la población, lo que apoyaría el protagonismo de factores ambientales susceptibles de intervención”. (Ahumada M., 2004)

Se cree que “la obesidad es importante en la predisposición de las personas a un mayor riesgo de las venas varicosas. En un amplio estudio de casos y controles con más de 500 pacientes en cada grupo, la obesidad, definida como >20% sobre el peso ideal, era mucho más común en las personas con varices troncales y telangiectasia que en los controles (15% vs. 3%). Del mismo modo, en el Estudio de Basilea-Suiza de trabajadores de la química en la que los resultados se ajustaron por edad, las venas varicosas son más frecuentes en las mujeres con sobrepeso. Pero, en los hombres, sólo telangiectasias y varices reticulares, y no varices troncales, fueron más frecuentes en las personas con sobrepeso.” (Taylor & Francis Group, 2006)

Según Dr. Ernesto Intriago Giler Presidente de la Sociedad Ecuatoriana de Flebología “las várices no son solo un problema de estética corporal sino un verdadero problema de salud, cerca del 20% de la población padece várices y muchos no le dan la importancia que esta enfermedad merece, subestiman sin saber que sus consecuencias son fatales, agregando además que no es un problema solo de mujeres sino que se pueden presentar en hombres de igual manera.” (Jaramillo & López, 2014)

1.2.2.- ANÁLISIS CRÍTICO

La insuficiencia venosa superficial es una enfermedad cada vez más común entre nuestra población, no solo por el hecho de los factores genéticos; sino más bien por el hecho de que los factores de riesgo se presentan con mayor ocurrencia. Es así que se hace más hincapié en la prevención de esta patología. Y pese a todas las medidas que se han tomado, su incidencia va en aumento. Por tanto, la necesidad de buscar atención de salud

es cada vez mayor. De la misma forma, los procesos quirúrgicos se ven de manera más continua. Pero se plantea el hecho de que como médicos valoremos el estado del paciente y pese a esto la percepción del paciente en cuanto a la enfermedad pre y post-quirúrgica no sea similar a la del facultativo. Es por eso que se propone medir la opinión del enfermo en base a cuestionarios de calidad de vida de su patología adaptada a nuestra realidad. Y así demostrar la relación de percepción de los pacientes en cuanto a su enfermedad y la gravedad de esta objetivada por los médicos que los tratan.

1.2.3. PROGNOSIS

La insuficiencia venosa superficial es una enfermedad que se presenta con una incidencia cada vez mayor, sin embargo; no se ha valorado la connotación que puede llegar a tener, tanto por los efectos cada vez más limitantes para el paciente así como los requerimientos de mayores costos médicos por ser un proceso persistente y de deterioro gradual.

Asimismo, no se cuenta con una base epidemiológica de la insuficiencia venosa superficial y mucho menos de lo relacionado con esta patología; por tanto, al realizar este estudio se sentará una base para futuros estudios y valoraciones de dicho tema.

Constituye una preocupación en los sistemas de salud sanitarios ya que por un lado, las complicaciones de la enfermedad varicosa generan elevados costos de hospitalización y tratamiento, y por otro, el ausentismo laboral asociado a las varices en miembros inferiores significan grandes pérdidas económicas e impactan directamente a la población laboralmente activa, como por ejemplo; “en los Estados Unidos, el costo médico directo de la enfermedad venosa crónica se ha estimado entre \$ 150 millones y \$ 1 mil millones al año. En el Reino Unido, el 2% del presupuesto nacional de salud por año (1 mil millones de dólares) se gasta en el tratamiento de las úlceras de las piernas”. (Gloviczki, 2011)

Además, recientes investigaciones reflejan que la calidad de vida de estos pacientes está limitada por la enfermedad, lo que sugiere que las simples várices de extremidades inferiores están impactando negativamente la calidad de vida de la población.

1.2.4- DELIMITACIÓN

Campo:

Salud

Área

Cirugía

Aspecto

Cirugía Vascular

Espacial

Hospital Regional Docente Teodoro Maldonado.

Tiempo

Agosto – Noviembre 2014.

1.2.5- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los estilos de vida de riesgo en los pacientes diagnosticados insuficiencia venosa superficial que acuden a la consulta de cirugía vascular HTMC?

1.2.6- PREGUNTAS DIRECTRICES

¿Cuáles son los estilos de vida presentes en los pacientes con insuficiencia venosa superficial que acuden a consulta de cirugía vascular HTMC?

¿Cuáles es la relación entre los estilos de vida que presentan los pacientes con insuficiencia venosa superficial que acuden a consulta de cirugía vascular HTMC?

¿Cuál es el estilo de vida modificable que mayor beneficio puede otorgar a los pacientes con insuficiencia venosa superficial que acuden a consulta de cirugía vascular HTMC?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La insuficiencia venosa superficial es una enfermedad un tanto silenciosa, que preocupa a la población, cuando se manifiestan varios efectos en el estilo de vida de las personas.

“Desde el 10% al 35% de los adultos en EEUU tienen alguna forma de trastorno venoso crónico que varía desde arañas vasculares y varices simples hasta llegar a úlceras venosas, que afectan al 4% de la población mayor de 65 años. En España según el estudio Detec-IVC, en el cual se incluyeron 21566 pacientes, el 68% de los pacientes presentaban

algún signo o síntoma de insuficiencia venosa crónica, el 80.2% eran mujeres y el 19.2 % hombres.” (Mege Navarrete)

Estos valores nos dan una idea de los niveles de alcance de esta patología y de como afecta de mayor forma a ciertos grupos poblacionales.

“Los factores de riesgo que condicionan la aparición de esta enfermedad tienen una doble vertiente. Algunos no son modificables como los genéticos, la edad, el sexo, la raza o los cambios hormonales durante el embarazo; y otros están relacionados con el modo de vida, como la obesidad, el sedentarismo, los malos hábitos posturales, o la utilización de prendas de vestir demasiado apretadas. El riesgo de que los hijos desarrollen venas varicosas es del 89% si ambos padres sufren esta enfermedad, de 47% si sólo uno de ellos la padece y del 20% si ninguno presenta evidencia de insuficiencia venosa crónica.” (Calderón González)

“El tiempo que permanecen de pie, durante sus actividades laborales las personas con várices es > de 8 horas en el 49%, y menos de 8 horas en el 51%. Índice de masa corporal en personas con várices: IMC >25 en el 54%.” (Espinola, 2007)

De la misma manera se realiza un estudio en Cuba en 2010 en el cual “se estudiaron 160 pacientes, de los cuales 119 correspondieron al sexo femenino, lo que representó el 74,3 %, y 41 al masculino, para el 25,7 %. En cuanto a la edad, predominó el grupo de 51 a 60 años, con 51 pacientes (31,8 %), seguido por el de 61 a 70, con 38 (23,7 %) y el de 41 a 50, con 30 (18,7 %). Según los factores de riesgo para la enfermedad venosa. Los más significativos son los pacientes con antecedentes familiares de dicha patología, con el 65,6 %. Le sigue el sobrepeso con el 65 % y la vida sedentaria y la profesión de riesgo con 60,6 y 53,1 %, respectivamente.” (Edouard & Quiñones, 2010)

Es así que, “estudios poblacionales han demostrado una relación entre la masa corporal y venas varicosas. En la encuesta de la comunidad en el oeste de Jerusalén, las personas con venas varicosas tenían un índice de masa corporal superior a la normal. En el análisis multivariado incluyendo el peso y la altura, el peso se mantuvo significativamente relacionado con la aparición de las varices en las mujeres, pero no en principal. En el estudio de Framingham, la incidencia de venas varicosas en un período de seguimiento de 16 años fue mayor en los sujetos con un índice de masa corporal inicial de más de 27 kg/m². En el análisis multivariado se mantuvo la diferencia de las mujeres, pero no en los hombres. Del mismo modo, en otro estudio poblacional longitudinal en los Países Bajos, la incidencia de varices en las mujeres con sobrepeso fue mayor que en los de peso

normal en todas las edades, pero hay mayor riesgo se encuentra en los hombres.” (Taylor & Francis Group, 2006)

Las varices, a pesar de ser consideradas una enfermedad benigna (Cabrera, 2005), tiene repercusiones considerables en los planos sanitario, social y laboral, pues generan elevados costos económicos debido al tratamiento y a las pérdidas por ausentismo laboral. En Estados Unidos por ejemplo, las patologías de carácter venoso produjeron alrededor de seis millones de días de ausentismo laboral (Espinola, 2007), mientras que en Europa se estima que el 1% - 2% del presupuesto mensual está destinado a esta enfermedad.

“La obesidad fue la variable que se presentó como un factor que aumentó 2,7 veces la frecuencia del sufrimiento de un CVI grave. El sexo femenino también resultó en un factor que aumenta la frecuencia de padecer un grado más severo de la enfermedad por 1,3 veces. Por otra parte, los antecedentes familiares, hábitos sedentarios y embarazos anteriores se asociaron con menores grados de severidad clínica.” (García-Gimeno, Rodríguez-Camarero, & Tagarro-Villalba, 2013)

Esto permite darnos cuenta que no estamos hablando de una patología que se limita a una determinada edad o sectores de escasos recursos; sino más bien nos permite observar que engloba una gran masa de posibles enfermos, que poseen no solo un factor de riesgo sino varios de ellos. Y que como base existe un componente hereditario. Permite proyectarnos y poder entender que muchos de estos pacientes se encontrarán en un proceso de deterioro constante, que hace que requieran la prestación de servicios de salud con cierto grado de complejidad en forma persistente; volviéndola una importante pieza en los procesos de morbilidad de sistema de salud.

Sumado a esto, el Ministerio de Salud en las publicaciones de su Biblioteca virtual anunció una lista de Prioridades de Investigación en salud en el período 2013-2017, donde ubica al área de Cardiovascular y Circulatoria en prioridad 6 y dentro de esta a la Enfermedad vascular periférica.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 GENERAL

Determinar los estilos de vida de riesgo en los pacientes diagnosticados insuficiencia venosa superficial que acuden a la consulta de Cirugía Vascular HTMC.

1.4.2 ESPECÍFICOS

1. Describir los estilos de vida que presentan los pacientes con Insuficiencia Venosa Superficial atendidos en cirugía vascular HTMC.
2. Identificar la relación entre los estilos de vida que presentan los pacientes con insuficiencia venosa crónica, atendidos por cirugía vascular HTMC.
3. Establecer el estilo de vida modificable que mayor beneficio puede otorgar a los pacientes con insuficiencia venosa superficial que acuden a consulta de cirugía vascular HTMC.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

En la Universidad Técnica de Ambato, en la carrera de Terapia Física la Licenciada Andrea López Córdova concluye que la falta de actividad física de un docente (por ejemplo) está presente en un 53% generando el debilitamiento de las paredes de las venas provocando así un retorno ineficaz de la sangre obteniendo como resultado las várices. Así como, la condición a la que se encuentran expuestos los docentes en un 54% es permanecer en bipedestación en un rango de 6 a 8 horas diarias; cambiando de actividad con un intervalo de una hora que representa el 58% de la población, debido a que tan solo el 20% de docentes se encuentran en sedestación no continua.

La encuesta epidemiológica DETECT-IVC (2000) concluyó que el 68,6% de los pacientes que acude a la consulta de su médico de familia presenta algún síntoma y/o signo de insuficiencia venosa crónica. El DETECT-IVC (2006) encuentra un 71% de pacientes con algún dato clínico de insuficiencia venosa crónica: hasta un 62% presentaba algún signo de insuficiencia venosa crónica, fundamentalmente varículas (53%) y varices (35%), y hasta un 2% úlceras cutáneas. Es más frecuente en mujeres (64%) que en hombres (36%); la media de edad global es de 52,3 años. Entre los factores de riesgo clásicos, presentes en un 82% de los casos, en el sexo femenino destacan los embarazos, el sedentarismo, los antecedentes familiares y el sobrepeso; en el sexo masculino, el más relevante es la obesidad. Sin embargo, según la bibliografía, solo la edad y los antecedentes familiares se asocian de forma significativa a la insuficiencia venosa crónica.

La insuficiencia venosa es un problema mundial, donde se mezclan factores genéticos, edad, sexo, un estilo de vida sedentario, permanecer sentado o parado

durante largo tiempo, embarazos, hormonas, herencia, uso de ropa ajustada, constipación, estatura, uso de tacones alto y presentar obesidad , comentó la Dra. Elizabeth Enriquez Vega, Jefa del Servicio de Angiología del Hospital de Especialidades La Raza, del IMSS.

Investigadores del estudio C-VIVES realiza un estudio en el 2012, refiriendo que la aportación de esta publicación es la de pormenorizar en factores individuales que pueden influir en una mayor gravedad de la insuficiencia venosa crónica. Indudablemente algunos de ellos como la edad de los pacientes y la duración de la insuficiencia venosa crónica se interrelacionan entre sí, pero qué duda cabe que ambos pueden ser también independientes.

2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

El presente proyecto de tesis usará el paradigma epistemológico, con la finalidad de implementar nuevos conocimientos acerca de la insuficiencia venosa crónica; además permite una interacción de las bases fundamentadas y las nuevas experiencias en base a esta investigación.

2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

Tomado de la Constitución de la República del Ecuador

CAPÍTULO PRIMERO

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES

Art. 3.- Son deberes primordiales del Estado:

1. Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.

Sección Séptima

Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan

el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Título VII - Régimen del Buen vivir

Sección Tercera

Capítulo Primero

Sección Segunda

Salud

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la Información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

Art. 363.- El Estado será responsable de:

1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.
2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.
3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.
4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.
5. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.
6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.
7. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.
8. Promover el desarrollo integral del personal de salud.

Tomado de Ley Orgánica de Salud

TITULO PRELIMINAR

CAPÍTULO I

Del derecho a la salud y su protección

Art. 1.- La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la Ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético.

Art. 2.- Todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, se sujetarán a las disposiciones de esta Ley, sus reglamentos y las normas establecidas por la autoridad sanitaria nacional.

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

CAPÍTULO III

Derechos y deberes de las personas y del Estado en relación con la salud

Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

- a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud;
- b) Acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución Política de la República
- c) Vivir en un ambiente sano, ecológicamente equilibrado y libre de contaminación;
- d) Respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y usos culturales; así como a sus derechos sexuales y reproductivos;
- e) Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna;
- f) Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida y a que se le entregue su epicrisis;

- g) Recibir, por parte del profesional de la salud responsable de su atención y facultado para prescribir, una receta que contenga obligatoriamente, en primer lugar, el nombre genérico del medicamento prescrito;
- h) Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de las personas y para la salud pública;
- i) Utilizar con oportunidad y eficacia, en las instancias competentes, las acciones para tramitar quejas y reclamos administrativos o judiciales que garanticen el cumplimiento de sus derechos; así como la reparación e indemnización oportuna por los daños y perjuicios causados, en aquellos casos que lo ameriten;
- j) Ser atendida inmediatamente con servicios profesionales de emergencia, suministro de medicamentos e insumos necesarios en los casos de riesgo inminente para la vida, en cualquier establecimiento de salud público o privado, sin requerir compromiso económico ni trámite administrativo previos;
- k) Participar de manera individual o colectiva en las actividades de salud y vigilar el cumplimiento de las acciones en salud y la calidad de los servicios, mediante la conformación de veedurías ciudadanas u otros mecanismos de participación social; y ser informado sobre las medidas de prevención y mitigación de las amenazas y situaciones de vulnerabilidad que pongan en riesgo su vida; y,
- l) No ser objeto de pruebas, ensayos clínicos, de laboratorio o investigaciones, sin su conocimiento y consentimiento previo por escrito; ni ser sometida a pruebas o exámenes diagnósticos, excepto cuando la ley expresamente lo determine o en caso de emergencia o urgencia en que peligre su vida.

TÍTULO II

Prevención y control de enfermedades

CAPÍTULO III

De las enfermedades no transmisibles

Art. 69.- La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico-degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto.

Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vidas saludables, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos. Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables.

2.4 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.4.1 ENFERMEDAD VENOSA

“La enfermedad venosa y la insuficiencia venosa constituyen un espectro clínico continuo, con estadios tempranos y tardíos, bien descritos por la clasificación CEAP (Clinical severity, Etiology or cause, Anatomy, Pathophysiology), según gravedad clínica, etiología, anatomía y fisiopatología. La denominación de enfermedad venosa crónica se ajusta a los estadios tempranos (C menor de 3), en tanto que la de insuficiencia venosa crónica se ajusta mejor a las alteraciones funcionales y anatómicas de los cambios avanzados del espectro (C3 o superior).” (Gómez, Jiménez, & Ulloa, 2012)

La enfermedad venosa podemos definirla como: “Incapacidad de una vena para conducir el flujo de sangre en sentido anterógrado con independencia de su posición y actividad”. (Thrush & Hartshorne, 2005)

Cursa siempre con hipertensión venosa con o sin reflujo. Tiene dos formas clínicas:

“La forma aguda o trombosis venosa profunda (TVP), que puede evolucionar a tromboembolismo pulmonar (TEP).

La forma crónica o insuficiencia venosa (IV) propiamente dicha, además de constituir un problema estético, ya que afectan primordialmente a la red venosa superficial, produce síntomas muy variados que en su fase más tardía puede concluir en un problema médico de difícil solución con la aparición de úlceras varicosas.” (Burgos, Corona, & Luna, 2009)

INSUFICIENCIA VENOSA SUPERFICIAL

“Es la relativa dificultad para el retorno venoso hacia el corazón. Es decir, es el desequilibrio que se establece a nivel de la microcirculación entre unos factores que

favorecen el retorno y otros factores que lo dificultan. Dicho fenómeno se acentúa en el sedentarismo y el ortostatismo. Por lo tanto, la sintomatología de la insuficiencia venosa crónica es la producida por la incapacidad del sistema venoso de responder a un aumento de la demanda.” (Espinosa & Bravo, 2005)

“Las varices son unos cordones venosos dilatados y sobre elevados que se hacen visibles a través de las piernas. Existen otro tipo de varices que afectan únicamente a mujeres, las llamadas varices pélvicas y que, por su localización, son más difíciles de detectar pero cuyos síntomas afectan al desarrollo de una vida normal en las personas que la padecen.” (Roche & Puig, 2012)

“El origen de las varices es múltiple, pero para que aparezcan debe producirse una Insuficiencia valvular y un defecto en la constitución de las venas que favorece su deformación. Esta insuficiencia de las válvulas provoca la incapacidad del sistema venoso para bombear la sangre hacia el corazón, provocando una recirculación de la misma, un aumento de la presión sobre las paredes venosas, que acaban produciendo una deformación y dilatación.” (Roche & Puig, 2012)

Etiopatogenia

“La causa principal de la insuficiencia venosa es la estasis originada por la lesión valvular, la dilatación varicosa, el síndrome postflebítico, o la presencia de Fístulas Arterio-Venosas ya sean congénitas o postraumáticas. Las consecuencias de la estasis es la extravasación de líquido al intersticio, lo que origina un edema, que en su fase más extrema puede conducir a la hipoxia tisular y posterior ulceración de la piel perimaleolar.” (Espinosa & Bravo, 2005)

“Esta extravasación intersticial origina una dificultad para el intercambio de catabolitos, creándose un microambiente ácido, que estimula la presencia de macrófagos liberadores de sustancias "histamina-like" que al estimular a los receptores adventiciales hace que siga aumentando la permeabilidad y se estimulen receptores sensitivos que condicionan el dolor. Tras la progresión de este evento, la unidad veno linfática perderá su funcionalidad originando una isquemia tisular, y como última situación la úlcera supramaleolar.” (Espinosa & Bravo, 2005)

Fisiopatología

“En todos los individuos en la posición de pie, la columna de sangre en el sistema venoso refleja una presión venosa en el tobillo de 90 a 100 mmHg. Esta presión venosa de la columna se transmite a la pared de la vena como un aumento significativo en la tensión. A pesar de esta presión venosa significativa y tensión de la pared, no todos los individuos desarrollan insuficiencia venosa. Es bien sabido que, en las venas varicosas, hay reflujo con válvulas incompetentes, la dilatación de la pared venosa y ambos conducen a la enfermedad venosa.” (Raffetto & Khalil, 2008)

“Es bien reconocido que el reflujo de la válvula y la distensión de la pared venosa pueden conducir a la otra. Sin embargo, la biofísica o fuerzas mecánicas pueden permitir una dilatación de la pared de la vena principal y ampliarla a las válvulas de vecinas, causando una distorsión directa de la válvula, la disfunción y las fugas.” (Raffetto & Khalil, 2008)

Clasificación de la insuficiencia venosa crónica

“El consenso CEAP fue publicado inicialmente en América por Porter y cols en 1995¹² y en Europa por Beebe y cols en 1996¹³, siendo modificada en el 2004 por Eklöf y cols¹⁴. Actualmente, más de veinticinco revistas científicas indexadas (en ocho lenguas diferentes) han difundido el documento CEAP por todo el mundo científico. Surge como evolución del documento de estandarización de enfermedades venosas publicado en 1988 por dos sociedades norteamericanas de cirugía vascular.” (Lozano, Carrasco, & Díaz, 2012)

“La clasificación CEAP está basada en las manifestaciones clínicas de la insuficiencia venosa crónica (C), los aspectos etiológicos (E), la distribución anatómica de la enfermedad (A), y la patofisiología subyacente de la misma (P). Para remediar en lo posible la complejidad, se ha recurrido a diseñar un CEAP básico y otro avanzado.

Este último sólo es de interés en investigación. No obstante, la parte más empleada de CEAP es su componente clínico, habiendo surgido espontáneamente la clasificación “C”, muy empleada en investigación e incluso en la clínica diaria.” (Lozano, Carrasco, & Díaz, 2012)

TABLA N°1. CLASIFICACIÓN CEAP DE LA INSUFICIENCIA VENOSA SUPERFICIAL.

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

Fuente: Sitio Web Galenox. (Galenox)

Tomado del original.

VARICES

“Las venas varicosas son el más común de todos los trastornos vasculares que afectan al hombre. De todas las criaturas móviles de la tierra, solo el hombre se ve afectado por esta condición anormal debido a su inclinación por mantener una postura erguida. La enfermedad venosa ha interesado a la humanidad durante muchos siglos. "Bobinados Serpentina" en las piernas se han registrado ya en 1550 aC en el papiro de Ebers y donde el autor desaconseja la operación, ya que causa hemorragia y la muerte. Desde entonces, la evaluación y el tratamiento de la enfermedad venosa ha avanzado y la cirugía, cuando esté indicada, puede ofrecer con un riesgo aceptable para las personas afectadas.” (Taylor & Francis Group, 2006)

Shewartz, 2000 y Harrison 2005; coinciden en determinar que “la herencia y los antecedentes familiares son los factores predisponentes más importantes en el desarrollo de las varices.” (Schwartz, 2000) (Harrison, 2005)

“Además, hormonas femeninas, fuerza hidrostática gravitacional y cualquier fuerza hidrodinámica en el compartimiento muscular influye también en la aparición y progresión de venas varicosas” (Espinola, 2007). “Debido a esto es que las ocupaciones en que se requiera estar de pie por periodos prolongados como vendedores, peinadores, profesores, enfermeras, personal de salud y trabajadores de la construcción se relacionan con una mayor frecuencia de varices.” (Brunner & Suddarth, 2005)

“El conocimiento de los factores de riesgo que intervienen en la causalidad de la insuficiencia venosa primaria proporciona una comprensión que ayuda en el cuidado del paciente. Existen factores de riesgo, tales como la herencia, el sexo femenino, y el envejecimiento, que no pueden ser alterados. Hay otros, como el embarazo, que son adquiridos, pero no se pueden modificar, y no son los que tienen poca o ninguna influencia, como el tabaquismo, la hipercolesterolemia, la ingesta de vitamina, y cruzar las piernas.” (Bergan, 2007)

Sexo

“El sexo femenino también resultó en un factor que aumento de la frecuencia del sufrimiento de un más grado severo de la enfermedad.”

Herencia

“Aunque el desarrollo de venas varicosas generalmente se puede atribuir a muchas condiciones, los exámenes convencionales no pueden divulgar la aparente fuente de la fuga de alta presión desde el interior del sistema superficial. Por lo tanto, otros factores inherentes, tales como la debilidad de la pared venosa, aumento de la disfunción valvular primaria o agenesia, y otros factores genéticos pueden mejorar el desarrollo de venas varicosas. En un amplio estudio en Francia. Se examinaron un total de 402 sujetos y los resultados demostraron un papel prominente de hereditario en el desarrollo de venas varicosas. Para los niños, el riesgo de desarrollar venas varicosas fue del 90% cuando ambos padres se vieron afectados. Cuando sólo uno de los padres se ve afectado, el riesgo de desarrollar venas varicosas fue del 25% para los hombres y 62% para las mujeres. El

riesgo global de desarrollo de venas varicosas es del 20% cuando ninguno de los padres se ve afectada por las varices. (Bergan, 2007)

“Una tendencia familiar hacia el desarrollo de venas varicosas se ha descrito en muchos grupos de población. Esto también puede ser demostrado por la evolución en el tiempo de las venas varicosas bilateralmente cuando los pacientes con varices unilateral y venas telangiectásicas son seguidos durante 10 años. Un estudio limitado de 50 pacientes con venas varicosas en Gran Bretaña reveló un tipo dominante sencilla de herencia. Sólo el 28% de los pacientes tenían antecedentes familiares de venas varicosas. Troisier y Le Bayon examinaron 154 familias con 514 descendientes. Encontraron que si ambos padres tenían venas varicosas, 85% de los niños tenían evidencia de venas varicosas, mientras que el 27% de los niños fueron afectados si ninguno de los padres tiene venas varicosas, y el 41% de los niños fueron afectados si uno de los padres tenía varices. Estos autores concluyen que la herencia de la enfermedad varicosa es recesiva.” (Bergan, 2007)

Además, “se ha informado de un modo dominante de herencia sencilla en 14 pacientes con ausencia parcial o total congénita de las válvulas venosas de la pierna. Así, esta predisposición genética puede ser el resultado de múltiples factores, y el posterior desarrollo de venas varicosas puede depender de uno o más factores ocupacionales u hormonales.” (Bergan, 2007)

“Aunque una clara base genética para la formación de venas varicosas no ha sido identificada, se han producido avances en la determinación del papel de ciertos genes en las enfermedades cardiovasculares. El depósito de hierro es una complicación conocida de reflujo venoso de larga data. Los estudios han cuantificado la cantidad de reflujo venoso y han demostrado una correlación directa con los síntomas clínicos avanzados de la insuficiencia venosa incluyendo cambios en la piel y lipodermatoesclerosis. Sin embargo, la deposición de hierro también se ha demostrado que induce la formación de radicales libres, lo que puede causar más lesiones de tejidos y de ese modo conducir a formas más avanzadas de insuficiencia venosa caracterizadas por ulceración de la herida.” (Raffetto & Khalil, 2008)

Envejecimiento

“Se creía que la incidencia de varices aumentaba con la edad, es decir; los daños en la pared de la vena deben ser más pronunciados en las venas de pacientes de mayor edad.

Sin embargo, un estudio de 31 venas normales y 41 venas varicosas en los pacientes y muestras de la autopsia de edades comprendidas entre 25 a 92 no reveló una diferencia relacionada con la edad. El último estudio concluyó que las varices son una enfermedad determinada no relacionado con los efectos del envejecimiento.” (Bergan, 2007)

Posición Estática

Entre los “factores posicionales tales como caminar, pararse y sentarse; mostraron asociaron variable con enfermedad venosa. En las mujeres, el aumento del tiempo de permanecer de pie se asoció positivamente con la enfermedad más grave, y el aumento de tiempo de permanecer sentado se asoció inversamente con enfermedad moderada. Para los hombres, el aumento de caminata diaria se asoció con enfermedad moderada, y los hombres que trabajaban como obreros eran más propensos a tener enfermedades graves que las ocupaciones que normalmente requieren más tiempo escritorio.” (Criqui, Denenberg, & Bergan, 2007)

“El movimiento regular al estar sentado por largos períodos se relacionó con tasas más bajas de enfermedad moderada en los hombres. Fowkes et al, similarmente encontraron que permanecer sentado se asoció con menores tasas de insuficiencia venosa en las mujeres, pero no para los hombres. También encontraron que caminar era un factor de riesgo para las mujeres con insuficiencia venosa dentro del grupo de la edad ajustada, pero no tanto cuando se multiplica la edad, y que el caminar se relacionó para disminuir el riesgo de insuficiencia venosa en los hombres.” (Criqui, Denenberg, & Bergan, 2007)

“Cruzar las piernas y permanecer sentados en sillas son otros dos posibles mecanismos para producir una impedancia relativa del retorno venoso. El cruce habitual de las piernas se cree comúnmente que puede dar lugar a la compresión venosa extra, pero esto nunca ha sido verificado científicamente. Es comúnmente observado que las ocupaciones que requieren estar de pie durante períodos prolongados tienen una mayor incidencia de las venas varicosas.” (Bergan, 2007)

“Es decir, a pesar de estar sentado o tumbado en general, estos factores son más protectores que caminar o estar de pie, ya que alguna acumulación de sangre sigue siendo posible durante las primeras actividades. Ponerse en movimiento, podría activar la bomba venosa y prevenir tal acumulación.” (Criqui, Denenberg, & Bergan, 2007)

Índice de Masa Corporal

“La mayoría, pero no todos, los estudios han encontrado que la obesidad está asociada con el desarrollo de venas varicosas. Un examen cuidadoso de algunos de estos estudios epidemiológicos muestra que cuando la edad del paciente se correlaciona con la obesidad, la significación estadística se elimina. Las variaciones pueden ser secundarias a la disminución de ejercicio y los problemas médicos asociados a la obesidad como la hipertensión, la diabetes, la hipercolesterolemia y la discapacidad sensorial.” (Bergan, 2007)

“El peso y la circunferencia de la cintura son las dos medidas de la adiposidad. Un número de estudios han encontrado una asociación de la obesidad con la enfermedad venosa. Sisto et al y Gourgou et al, encontraron una relación en hombres y mujeres con varices. Se ha encontrado que un aumento en la circunferencia de la cintura en ambos sexos con enfermedad severa fue consistente con el estudio de Scott et al, al encontrar que la obesidad está asociada con insuficiencia venosa crónica y por el hallazgo de Mota-Capitao et al, que el peso es un factor de riesgo independiente para insuficiencia venosa crónica en análisis multivariable.” (Criqui, Denenberg, & Bergan, 2007)

Sintomatología

“Los síntomas de la enfermedad venosa son por lo general no específicos. Estos son a menudo peor hacia el final del día o después de estar de pie o caminar de manera prolongada y por lo general se alivian mediante la elevación de las piernas. Este es un rasgo característico de la enfermedad venosa y ayuda a diferenciarlo. Las complicaciones de la enfermedad tales como tromboflebitis superficial, hemorragia o ulceración pueden ser la primera manifestación. Los tres síntomas más comunes de la enfermedad venosa son dolor, hinchazón y cambios en la piel de la pierna, especialmente ulceración.” (Taylor & Francis Group, 2006)

Evaluación Clínica del paciente ambulatorio

“La enfermedad venosa puede resultar de la enfermedad de reflujo, obstrucción de la salida o ambos. El objetivo de la evaluación clínica es detectar, localizar y posiblemente identificar el factor causal o pre-eliminación. La historia clínica y el examen físico son importantes en la evaluación clínica y con frecuencia ayudan a elegir la prueba más adecuada para una evaluación adicional.” (Taylor & Francis Group, 2006)

Historia clínica

Los siguientes puntos deben ser registrados meticulosamente:

“La edad, sexo e historia familiar.

La presentación de quejas con y sin dolor, pesadez de las piernas, hinchazón de los tobillos, calambres por las noches, inquietud, calor o sensación de ardor, punzante, picazón, pasadores y agujas o sensación de hormigueo, estética, etc.

Factores agravantes como estar de pie o caminando, prolongados.

Historia de complicaciones de la enfermedad como tromboflebitis, sangrado, ulceración o los detalles del tratamiento previo.

El tipo de ocupación, estado general de salud, estilo de vida y el impacto de la actividad y estilo de vida.

Historia de abdominal o síntomas pélvicos y el estado de embarazo si se sospecha de una causa secundaria de las venas varicosas.” (Taylor & Francis Group, 2006)

Examen físico

Esto se hace mejor en la posición de pie. La comparación de las dos extremidades puede ser útil.

“Inspección

- Distribución de las varices.
- Presencia de telangiectasias.
- El edema o hinchazón leve del tobillo puede ser detectado mediante la comparación con la otra pierna.
- Cambios en la piel de la insuficiencia venosa crónica en el tercio inferior de la pierna, por ejemplo, pigmentación, eczema, lipodermatoesclerosis, curado o ulceración activa, atrofia blanca.” (Taylor & Francis Group, 2006)

Palpación

Esta se ha sustituido en gran medida por el Doppler de mano debido a su facilidad de uso y la precisión y alcance de la información que se puede obtener. Sin embargo, se debe:

- “Palpar la textura de los tejidos de la piel y del tejido subcutáneo de la pierna y cualquier cambio en la sensibilidad o edema con fôvea.
- Palpar los pulsos periféricos, tanto venosos como arteriales de las extremidades inferiores, a menudo coexisten, especialmente en los ancianos.
- Examinar la inervación de la pierna, si hay ulceración.

- o Palpar si existe linfadenopatía inguinal y si hay ulceración crónica, particularmente si hay sospecha de malignización.” (Taylor & Francis Group, 2006)

Auscultación

Una evaluación usando la sonda Doppler manual es ampliamente aceptada como el nivel mínimo de la investigación antes de iniciar el tratamiento.

Exámenes de Diagnóstico

Eco Doppler

Es un método útil para la detección de reflujo en las uniones safeno-femoral y safeno-poplítea. Se ha convertido en rutina en los consultorios de atención ambulatoria para el cribado, ya que es rápido, barato y no invasivo. (Nicolaidis A.N. 2009, Investigation of Chronic Venous Insufficiency: A Consensus Statement, Baltimore, American Heart Association)

“El Doppler color ha demostrado gran utilidad en el estudio de la insuficiencia venosa y sus consecuencias, determinando el origen del reflujo, la relación entre los distintos sistemas venosos y la detección de variantes anatómicas.” (Paolinelli P.

2009, Ultrasonido Doppler de Extremidades Inferiores para el estudio de la Insuficiencia Venosa, Rev. Chile Radiología)

2.4.2 EPIDEMIOLOGÍA

“Hipócrates, en su época, es decir 400 a.C, hacía uso de la epidemia. Sin embargo, en nombre de esta disciplina o ciencia no concuerda realmente con su alcance creciente de comprender las causas que ocasionan variabilidad de la enfermedad de la enfermedad en varias regiones del mundo y en diversos individuos con el correr del tiempo.” (Colimon, 2010)

“La Epidemiología estudia los procesos de Salud y Enfermedad que afectan a la población. Se interesa por conocer las características de los grupos que se ven afectados; cómo se distribuyen geográficamente y en el tiempo los eventos de Salud y Enfermedad; con qué frecuencia se manifiestan y cuáles son las causas o factores asociados a su surgimiento. El término "Epidemiología" proviene del griego, donde "epi" significa

arriba, "demos": pueblo y "logos": estudio o tratado. Esto implica que la Epidemiología es el estudio que se efectúa sobre el pueblo o la comunidad, en lo referente a los procesos de Salud y Enfermedad.” (Ortiz, Esandi, & Bortman, 2004)

“La noción de Salud como un concepto positivo, significa algo más que la mera ausencia de Enfermedad. Salud, tal y como es definida por la Organización Mundial de la Salud, es el estado de bienestar físico, psíquico y social, determinado por factores y/o marcadores (sexo, edad, nivel educacional, empleo, ingreso económico, etc.) que se consideran determinantes del estado de Salud o de Enfermedad.” (Ortiz, Esandi, & Bortman, 2004)

Tal vez, “la función más importante de la Epidemiología es determinar la frecuencia y las tendencias de exposición a factores o marcadores que se asocian con daño o enfermedad. Se denominan marcadores de riesgo a aquellos atributos que se asocian con un riesgo mayor de ocurrencia de una determinada enfermedad y que no pueden ser modificados (pues la exposición a los marcadores no puede ser evitada). En cambio, la presencia de los factores de riesgo puede ser controlada y prevenida antes del desarrollo de la enfermedad.” (Ortiz, Esandi, & Bortman, 2004)

“Tres son los determinantes principales de los procesos de Salud-Enfermedad: persona, lugar y tiempo. Sus atributos o características pueden ser factores o marcadores de riesgo que "determinan" la aparición de un evento, enfermedad o el estado de Salud.” (Ortiz, Esandi, & Bortman, 2004)

“Las enfermedades no se producen de manera aleatoria; tienen causas - muchas de ellas de origen humano- que pueden evitarse. Por consiguiente, muchas enfermedades podrían prevenirse si se conocieran sus causas. Los métodos epidemiológicos han sido cruciales para identificar numerosos factores etiológicos que, a su vez, han justificado la formulación de políticas sanitarias encaminadas a la prevención de enfermedades, lesiones y muertes prematuras.” (Merletti, Solkolne, & Vineis, 2000)

ESTILOS DE VIDA

“El estilo de vida saludable es un conjunto de patrones de conductas relacionados con la salud, determinado por las elecciones que hacen las personas de las opciones disponibles acordes con las oportunidades que les ofrece su propia vida. De esta forma, el estilo de vida puede entenderse como una conducta relacionada con la salud de carácter

consistente (como la práctica habitual de actividad física) que está posibilitada o limitada por la situación social de una persona y sus condiciones de vida. La transición epidemiológica de enfermedad aguda a enfermedad crónica, como principal causa de mortalidad en nuestra sociedad, ha hecho importante el estudio del estilo de vida relacionado con la salud en la actualidad.” (De la Cruz & Pino, 2009)

“Durante los años 80, el estudio del estilo de vida alcanzó un elevado protagonismo en el ámbito de las ciencias biomédicas, debido a que, tras el informe Lalonde, se determinó la importancia de los hábitos de vida y sus determinantes sobre la salud de las personas, definiendo que el estilo de vida, en el ámbito de las ciencias de la salud, podría considerarse como el “conjunto de decisiones de las personas que afectan a su salud y sobre las cuales ellas tienen más o menos control”. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) aportó una definición más concreta de estilo de vida relacionado con la salud, acordando, durante la XXXI Reunión del Comité Regional para Europa, que es "una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales".” (De la Cruz & Pino, 2009)

COMPONENTES Y DETERMINANTES DEL ESTILO DE VIDA RELACIONADO CON LA SALUD

De forma sinónima vienen a utilizarse los conceptos “hábitos de vida”, “estilo de vida” y “estilo de vida relacionado con la salud” refiriéndose, esta última acepción, a aquellas conductas habituales que se ha demostrado ejercen una influencia en la salud de los individuos (como el tabaquismo, la cantidad de actividad física habitual, alimentación, etc.) y sobre las que nos detendremos más detalladamente a continuación.

El estilo de vida relacionado con la salud está caracterizado por:

Poseer una naturaleza conductual y observable. Desde este punto de vista, actitudes, valores y motivaciones no forman parte del mismo, aunque pueden ser sus determinantes.

Continuidad de estas conductas en el tiempo, persistencia, “hábito”.

Asociación y combinación entre conductas de forma consistente.

(De la Cruz & Pino, 2009)

FACTORES DE RIESGO

“Se denomina riesgo a la probabilidad de que un objeto material, sustancia o fenómeno pueda potencialmente desencadenar perturbaciones en la salud o integridad física del paciente. Al conjunto de éstos se les denomina factores de riesgo y cada uno de ellos proviene de diferente naturaleza.” (Leñero & Solis, 2009)

“Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión; según la Organización Mundial de la Salud. El riesgo en epidemiología equivale a efecto, probabilidad de ocurrencia de una patología en una población determinada, expresado a través del indicador paradigmático de incidencia.” (Almeida, Castiel, & Ayres, 2009)

“La epidemiología, por su parte, considera los posibles factores responsables en el desarrollo de las enfermedades o de situaciones de riesgo para salud. El factor de riesgo es algún fenómeno o evento de naturaleza física, química, orgánica, psicológica o social, en el genotipo o en el fenotipo o alguna enfermedad anterior al efecto que se está estudiando, que por su presencia o por su ausencia, o por la variabilidad de su presencia o puede ser la causa de su aparición en un lugar y en período dado.” (Colimon, 2010)

Paralelamente, “el estudio de los factores de riesgo implica también la revisión de otros factores condicionantes y desencadenantes de las enfermedades o de las situaciones de riesgo, y el planteamiento de los aspectos de causa-efecto con base en probabilidades. Este último punto de la relación causa-efecto es uno de los más cruciales en el estudio de la epidemiología, a través de un camino incierto y lleno de incógnitas, en donde se ha de avanzar con cautela y con gran apoyo de la bioestadística y de la investigación epidemiológica, invocando el aspecto de la mayor probabilidad y no de la certeza absoluta sino de la mayor evidencia.” (Colimon, 2010)

Por ejemplo, “los atributos que pueden comportarse como marcador o factor de riesgo son en el determinante "persona": sexo, edad, raza, estado de nutrición, nivel educacional, ingreso económico; en el determinante "lugar": ubicación geográfica, latitud, clima; y en el determinante "tiempo": estacionalidad, tiempo de evolución o momento de aparición de un evento.” (Ortiz, Esandi, & Bortman, 2004)

“Una vez identificados los factores determinantes de la generación y desarrollo de la enfermedad o de la conservación del estado de Salud, la Epidemiología puede evaluar las necesidades de atención y recursos para satisfacer dichas necesidades y medir la eficacia de las medidas implementadas.” (Ortiz, Esandi, & Bortman, 2004)

“Para determinar la etiología de las enfermedades, es importante tener posibilidad de identificar los criterios para la definición y clasificación de los factores de riesgo que se pueden considerar como responsables, lo mismo que conocer sus fuentes, medir su variación tener la factibilidad de compararlos en varios sujetos y asegurarse de la validez de su comparación.” (Colimon, 2010)

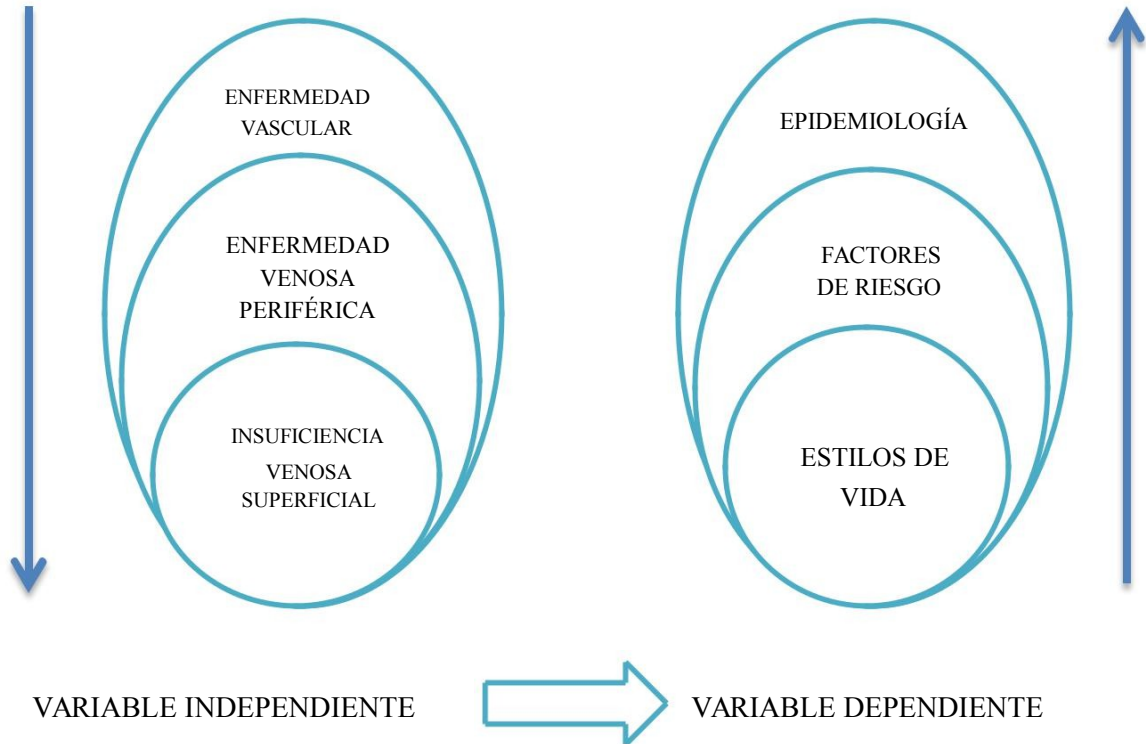
“Los factores de riesgo son eventos o fenómenos de cualquier naturaleza a los cuales se expone el individuo en su ambiente cuya consecuencia puede ser la producción de una enfermedad o de un efecto. Se puede considerar el ambiente del individuo como compuesto por dos dimensiones, una externa social, y otras interna o biológica y psicológica. Por lo tanto, se puede hablar de dos tipos de factores de riesgo: factores de riesgo del ambiente externo y factores de riesgo del ambiente interno. Los factores de riesgo del ambiente externo pueden ser considerados como asociados con la enfermedad.” (Colimon, 2010)

“Se trata entonces de establecer la relación de los factores de riesgo, externos e internos, los cuales forman un conjunto de factores responsables de la enfermedad en la comunidad y en el individuo. Se pueden presentar gran variación en la exposición de un grupo a otro en la misma población de determinada área, tanto en calidad como en cantidad. El juego de los factores de riesgo internos y externos, lo mismo que la variabilidad de la exposición, pueden explicar la razón por la cual determinados sujetos expuestos a un factor de riesgo desarrollan una enfermedad, mientras que otros con la misma exposición ya veces mayor, no presentan dicha enfermedad.” (Colimon, 2010)

“Se debe evitar la confusión entre el factor de riesgo, que es una posible causa o algún factor que se investiga como responsable de la enfermedad y el riesgo de la enfermedad, que es la probabilidad de enfermar en un grupo dado.” (Colimon, 2010)

2.5 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

CATEGORIZACIÓN DE VARIABLES



2.6 HIPÓTESIS

Los estilos de vida de los pacientes con insuficiencia venosa superficial atendidos en consulta de cirugía vascular HTMCson factores de riesgo para dicha enfermedad.

2.7 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES

Variable Dependiente: Estilos de vida.

Variable Independiente: Insuficiencia Venosa Superficial.

Variable moderadora: Sexo – Antecedentes patológicos familiares.

Variable Influyente: Edad.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 ENFOQUE INVESTIGATIVO

La presente investigación tiene un enfoque observacional ya que se tomó a un grupo de pacientes en los cuales se midió las variables del estudio sin intervención por parte del investigador este en el proceso; su cohorte es transversal, tomándose a pacientes con la patología en un período determinado, teniendo en cuenta el conocimiento existente acerca de la presentación y frecuencia del evento.

3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

Por la razón de contar con un fundamento científico para el desarrollo del trabajo investigativo sobre la relación de la insuficiencia venosa superficial con los estilos de vida es notorio que estará involucrada la modalidad de investigación documental bibliográfica.

A esto, debemos sumarle que la investigación se la realizará en base a una encuesta personal de los estilos de vida de los pacientes con diagnóstico de insuficiencia venosa superficial, para recaudar y evidenciar sus estilos de vida al momento del estudio.

3.3 NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación es un estudio descriptivo observacional de cohorte transversal.

Descriptivo: Debido a lo expuesto en la modalidad del trabajo de investigación se la llevará a cabo en el lugar de trabajo y frente a las diferentes realidades que el mismo puede llegar a tener al relacionar las variables con el único fin de poder cumplir con los objetivos de la investigación determinamos.

Observacional: Que corresponde a un diseño de investigación cuyo objetivo es la observación y el registro de acontecimientos sin intervenir en el curso natural de estos.

Transversal: Fundamentado en la identificación de un fenómeno de salud y la frecuencia poblacional de este, que ayuda a valorar las necesidades de asistencia sanitaria de las poblaciones estudiadas.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

En el Hospital Regional Docente Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil el número de pacientes en la especialidad de cirugía vascular es cada vez más creciente, ya que esta es una especialidad que se vuelve a retomar luego de varios años en el hospital, presentando una gran cantidad de referencias de los sectores básicas.

La población está compuesta por todos los pacientes que asistieron por primera vez, en un período de tres meses, a la consulta de cirugía vascular y con un diagnóstico de insuficiencia venosa superficial, lapso comprendido entre los meses de Septiembre a Noviembre, con un total de 87 pacientes.

3.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Varón o mujer, todas las razas.

Mayores de 26 años

Pacientes diagnosticados por primera vez con insuficiencia venosa superficial que acuden a consulta de cirugía vascular en HTMC.

Candidatos a cirugía venosa o escleroterapia.

3.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

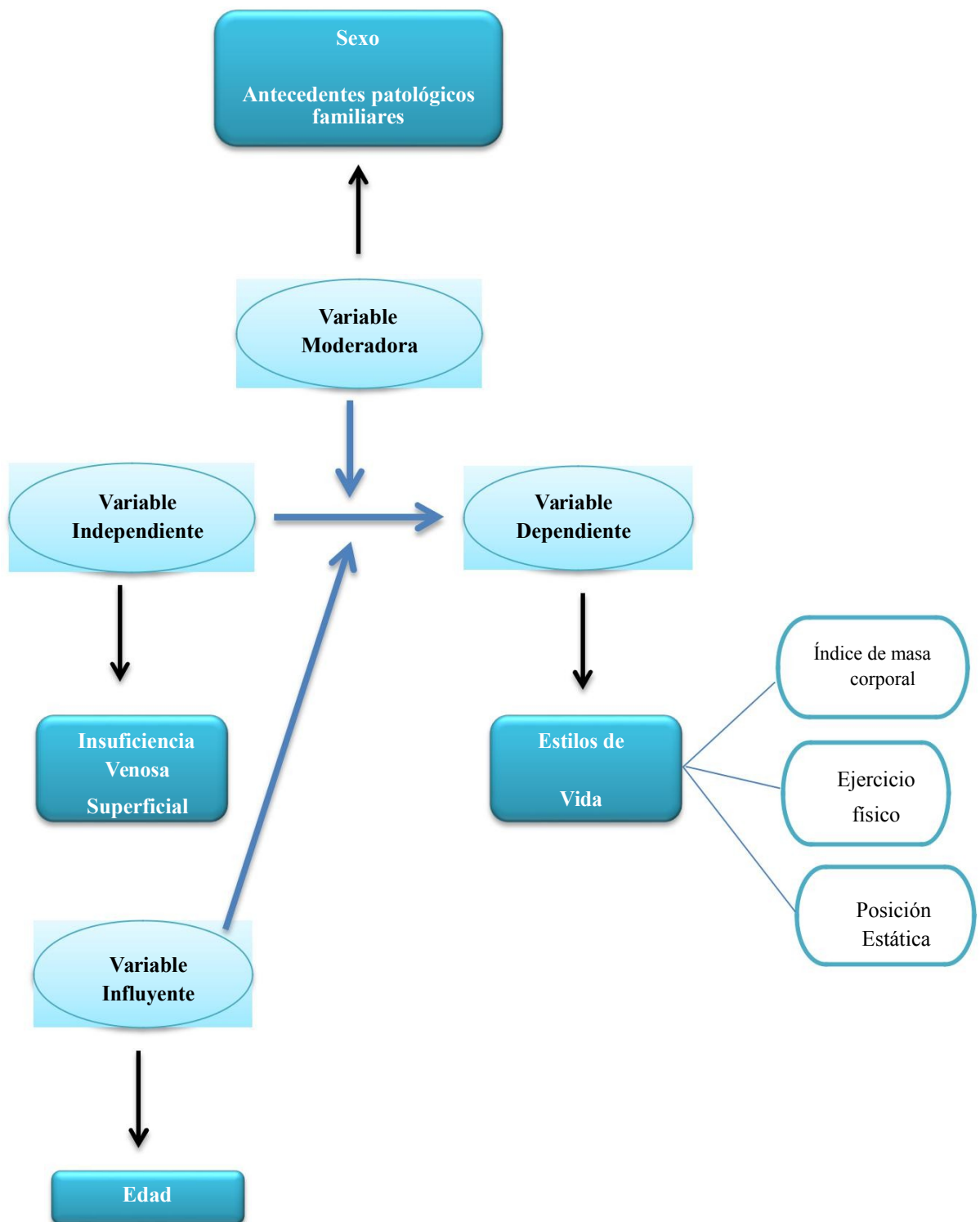
Pacientes que han recibido cirugía venosa o escleroterapia.

Pacientes que acuden a control por tratamiento ya realizado.

Pacientes en estado de gestación.

Pacientes con antecedentes de trombosis venosa profunda.

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES



VARIABLE INDEPENDIENTE: INSUFICIENCIA VENOSA SUPERFICIAL					
VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA
INSUFICIENCIA VENOSA SUPERFICIAL	Es la relativa dificultad para el retorno venoso hacia el corazón. Es decir, es el desequilibrio que se establece a nivel de la microcirculación entre unos factores que favorecen el retorno y otros factores que lo dificultan.	Presencia de patología venosa periférica superficial	Cualitativa	Si No	- No hay signos visibles o palpables de lesión venosa (0) - Presencia de telangiectasias o venas reticulares (1) - Varices (2) - Varices + Edemas (3) - Cambios relacionados con la patología venosa (p.e.: pigmentación, lipodermatosclerosis,..) sin ulceración (4) - Úlceras cicatrizadas (5) - Cambios cutáneos con úlcera activa (6)

VARIABLE DEPENDIENTE: ESTILOS DE VIDA					
VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA
ÍNDICE DE MASA CORPORAL	Indicador para valorar el estado nutricional, el cual se correlaciona con la masa grasa corporal y el riesgo de complicaciones cardiovasculares asociadas a la obesidad.	Relación entre peso y talla para estimar masa corporal	Cuantitativa	25 – 29.9 30 – 34.9 35 – 39.9 >40	Pacientes con IMC Normal < 25 kg/m ² Pacientes con Sobrepeso y Obesidad > 25 kg/m ²
EJERCICIO FISICO	Actividad física de manera periódica.	Práctica física de caminata.	Cualitativa	Ejercicio físico ≥1 hora diaria	Si No
POSICIÓN ESTÁTICA	Vicios posturales, como trabajar en una sola posición, sea de pie o sentado.	Posición prolongada en la que se dificulta el retorno venoso.	Cualitativa	Permanecer en la misma posición por >6 horas diarias.	Si No

VARIABLE MODERADORA					
VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA
SEXO	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos, animales y las plantas.	Características fenotípicas del paciente.	Cualitativa	Fenotipo del paciente	Masculino Femenino
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES	Tendencia familiar hacia el desarrollo de venas varicosas.	Insuficiencia venosa superficial	Cualitativa	Presencia de insuficiencia venosa superficial en la familia	Si No

VARIABLE INFLUYENTE					
VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA
EDAD	Tiempo de existencia desde el nacimiento.	Pacientes adultos jóvenes hasta la tercera edad.	Cuantitativa	Años cumplidos hasta la fecha	<45 años >45 años

3.6 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

El plan de recolección de la información es el siguiente:

3.7 PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Para obtener una información óptima para la investigación se guiará en el siguiente plan:

Se obtendrá el permiso para recolectar la información dentro de la consulta externa HTMC.

Se realizará la recolección de la información por medio de una encuesta obteniendo inicialmente el consentimiento informado por parte de los pacientes.

Se depurará la información.

Se representará gráficamente los resultados obtenidos.

Se elaborará corta redacción sobre la síntesis general de los resultados.

Se desarrollará las conclusiones y recomendaciones generales.

Se elaborará una propuesta de solución al problema investigado.

3.8 PLAN DE ANÁLISIS

El plan de análisis que se llevó a cabo constó de obtener el permiso para recolectar información de la población atendida en la consulta externa de Cirugía Vascular del HTMC; en el período de trabajo de Septiembre a Noviembre de 2014, con todos los pacientes diagnosticados Insuficiencia venosa superficial y cuya visita fue por primera vez, luego de verificado lo anterior se procedió a tomar una encuesta a dichos pacientes previa petición de consentimiento informado. Al obtener los datos se creó una base en Excel 2013 y se realizó el análisis de datos en el programa estadístico EPI-Info V7.1.4, en base a valores de p, riesgo relativo, índice de confiabilidad y una regresión logística.

CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Los siguientes son los resultados obtenidos al tomar la muestra en la Consulta Externa de Cirugía Vascular del HTMC, basándose en los criterios tanto de inclusión como de exclusión.

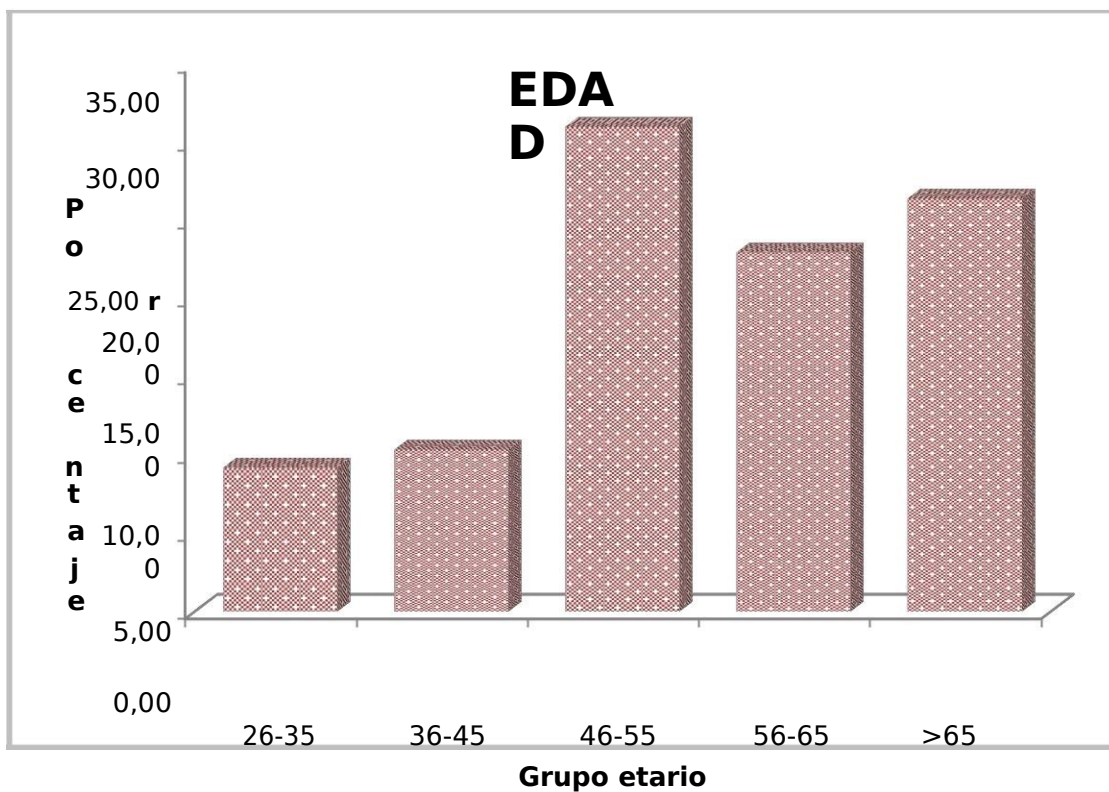
4.1 RESULTADOS

En el estudio se analizaron 87 pacientes con diagnóstico de insuficiencia venosa superficial en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo entre septiembre a noviembre de 2014 con el fin de recabar información acerca de los estilos de vida que puedan afectar la evolución de la enfermedad venosa subyacentes.

EDAD

En el estudio participaron pacientes mayores de 25 años de edad con diagnóstico confirmado de insuficiencia venosa superficial en su primera visita, de los 87 pacientes entrevistados 47 pacientes (53,62%) tenían una edad comprendida entre los 46 a 65 años de edad y 23 pacientes (26,44%) eran mayores de 65 años. La edad considerada factor de riesgo para desarrollo de insuficiencia venosa superficial es de 40 años, (referencia), además se ha observado que los pacientes mayores de 45 años tienen diferentes estilos de vida en relación a los pacientes más jóvenes, es por esta relación que se analizó los estilos de vida en relación a la edad y se compararon estos para determinar si tienen efecto en la insuficiencia venosa superficial.

**GRÁFICO N°1: PORCENTAJE DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA
VENOSA SUPERFICIAL QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL
HTMC POR CADA GRUPO ETARIO.**



FUENTE: La insuficiencia venosa superficial y su relación con los hábitos de vida de los pacientes que acuden a la consulta de cirugía vascular HTMC

ELABORADO POR: Mendoza Viteri, Francisco Javier; 2015

SEXO

En los pacientes estudiados también se encontró que el 81,61% (n=71) eran de sexo femenino, esto es importante ya que el sexo femenino tiene riesgo aumentado de desarrollar enfermedad venosa superficial. (Criqui, Denenberg, & Bergan, 2007)

TABLA N° 2. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA VENOSA SUPERFICIAL QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE CIRUGÍA VASCULAR DEL HTMC DE ACUERDO AL SEXO.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	71	81,61%
MASCULINO	16	18,39%

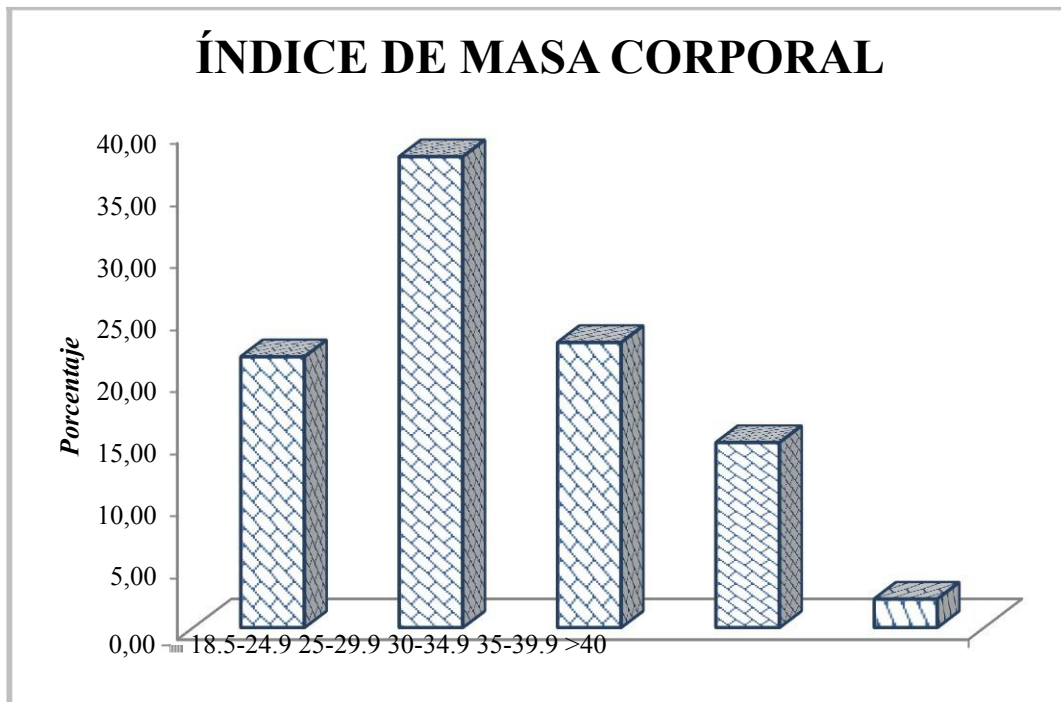
FUENTE: La insuficiencia venosa superficial y su relación con los hábitos de vida de los pacientes que acuden a la consulta de cirugía vascular HTMC

ELABORADO POR: Mendoza Viteri, Francisco Javier; 2015

Al analizar los estilos de vida primero se observó el índice de masa corporal como indicador de estado nutricional del paciente, se encontró que solo el 21,84% (n=19) de los pacientes tenía un IMC normal, el 37,93% (n=33) presentó sobrepeso y el 40,23% (n=35) presento algún grado de obesidad, considerando que en relación al peso está demostrado que el sobrepeso aumenta la probabilidad de presentar insuficiencia venosa superficial, el 78,16% de los pacientes se encuentran con sobrepeso u obesidad.

Al relacionar la edad con el IMC se observó que de los pacientes > de 40 años (n=70), es decir; el 80% (n=56) presenta sobrepeso o algún grado de obesidad, además de los pacientes < de 40 años (n=17) el 70,59% (n=12) presenta sobrepeso o algún grado de obesidad, demostrando así que el sobrepeso tiene influencia sobre la formación de varices. Sin embargo no se demostró una relación estadísticamente significativa entre edad y el índice de masa corporal. (RR=1,470; IC: 0,61 – 3,52; p: 0,399)

GRÁFICO N°2: PORCENTAJE DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA VENOSA SUPERFICIAL QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE CIRUGÍA VASCULAR EN BASE A SU ÍNDICE DE MASA CORPORAL



FUENTE: La insuficiencia venosa superficial y su relación con los hábitos de vida de los pacientes que acuden a la consulta de cirugía vascular HTMC

ELABORADO POR: Mendoza Viteri, Francisco Javier; 2015

EJERCICIO FISICO

Al analizar el ejercicio físico como estilo de vida se observó que el 37,93% (n=33) de pacientes refiere realizar algún tipo de ejercicio físico, al relacionarlo con la edad se observó que solo el 38,57% (n=27) de los pacientes > de 40 años y el 35,29% (n=6) de los pacientes < de 40 años realizan actividad física. Esto se encuentra en relación a la afirmación de que el sedentarismo es un estilo de vida que actúa como factor de riesgo en el desarrollo de insuficiencia venosa superficial con un 62,07% (n=54) de pacientes con sedentarismo dentro del estudio; sin embargo no se encontró que el sedentarismo esté relacionado con la edad como factor de riesgo para insuficiencia venosa superficial. (RR: 0,915; IC: 0,45 – 1,85; p: 0,802)

TABLA N° 3. RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES: EDAD E ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA VENOSA SUPERFICIAL QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE CIRUGÍA VASCULAR DEL HTMC.

EDAD	ÍNDICE DE MASA CORPORAL		Total
	≤ 18	> 18	
<40 años	5	12	17
>40 años	14	56	70
Total	19	68	87

FUENTE: La insuficiencia venosa superficial y su relación con los hábitos de vida de los pacientes que acuden a la consulta de cirugía vascular HTMC

ELABORADO POR: Mendoza Viteri, Francisco Javier; 2015

Si se compra el IMC con la realización de ejercicio físico para relacionar estos dos marcadores de estilo de vida como factores de riesgo asociado a insuficiencia venosa superficial, se observó que el 64,71% (n=11) de los pacientes que realizan ejercicio y el 61,43% (n=43) de los que no lo realizan presentan sobrepeso o algún grado de obesidad, por tanto estos datos no se correlacionan y la similitud en los dos grupos denotaría que el ejercicio no es un factor protector. (RR: 0,755; IC: 0,32 – 1,79; p: 0,519)

TABLA N° 4. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA VENOSA SUPERFICIAL QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE CIRUGÍA VASCULAR DEL HTMC EN BASE AL EJERCICIO FÍSICO

EJERCICIO FÍSICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	33	37,93%
NO	54	62,07%

FUENTE: La insuficiencia venosa superficial y su relación con los hábitos de vida de los pacientes que acuden a la consulta de cirugía vascular HTMC

ELABORADO POR: Mendoza Viteri, Francisco Javier

TABLA N° 5. RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES EDAD Y EJERCICIO FÍSICO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA VENOSA SUPERFICIAL QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE CIRUGÍA VASCULAR DEL HTMC

	EJERCICIO		
EDAD	Si	No	Total
<40 años	6	11	17
> 40 años	27	43	70
Total	33	54	87

FUENTE: La insuficiencia venosa superficial y su relación con los hábitos de vida de los pacientes que acuden a la consulta de cirugía vascular HTMC

ELABORADO POR: Mendoza Viteri, Francisco Javier; 2015

TABLA N° 6. RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES EJERCICIO FÍSICO E ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA VENOSA SUPERFICIAL QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE CIRUGÍA VASCULAR DEL HTMC

	IMC		
EJERCICIO	≤ 18	> 18	Total
Sí	6	27	33
No	13	41	54
Total	19	68	87

FUENTE: La insuficiencia venosa superficial y su relación con los hábitos de vida de los pacientes que acuden a la consulta de cirugía vascular HTMC

ELABORADO POR: Mendoza Viteri, Francisco Javier; 2015.

POSICIÓN ESTÁTICA

Al analizar, el principal factor de riesgo dentro de los estilos de vida para insuficiencia venosa superficial es el mantenimiento de una posición por más de 6 horas, relacionándose este con el trabajo y el sedentarismo, se observó que el 87,36% (n=76) de los pacientes en el estudio refirió permanecer más de 6 horas en una sola posición.

Al relacionarlo con la edad de los pacientes el 70,59% (n=12) de los < de 40 años y el 91,43% (n=64) de los > de 40 años refiere mantener una misma posición por más de 6 horas, demostrando que este si es un factor de riesgo dentro de los estilos de vida para el desarrollo de insuficiencia venosa superficial. (RR: 0,772; IC: 0,56 – 1,05; p: 0,020). Al relacionarlo con el IMC se observó que el 94,74% (n=18) de los pacientes con IMC normal y el 85,29% (n=58) de los pacientes con IMC >18 mantiene una misma posición por más de 6h, sin embargo estos 2 estilos de vida no mantienen una relación estadísticamente significativa (RR: 1,111; IC: 0,96 – 1,28; p: 0,276)

Al relacionar la posición con el ejercicio se observó que el 84,85% (n=28) de los pacientes que realizan ejercicio y el 88,89% (n=48) de los que no realizan ejercicio mantiene una misma posición por más de 6 horas, esto demuestra que la posición mantenida por más de 6 horas es una variable del estilo de vida que influye ampliamente en el desarrollo de insuficiencia venosa superficial, sin embargo estos estilos de vida (ejercicio y posición) no presentan una relación estadísticamente significativa entre sí. (RR: 0,954; IC: 0,80 – 1,13; p: 0,582).

**TABLA N° 7. RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES EDAD Y POSICIÓN
ESTÁTICA DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA VENOSA
SUPERFICIAL QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE CIRUGÍA VASCULAR
DEL HTMC**

	POSICIÓN >6H		
EDAD	Sí	No	Total
< 40 años	12	5	17
> 40 años	64	6	70
Total	76	11	87

FUENTE: La insuficiencia venosa superficial y su relación con los hábitos de vida de los pacientes que acuden a la consulta de cirugía vascular HTMC

ELABORADO POR: Mendoza Viteri, Francisco Javier; 2015.

**TABLA N° 8. RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES EJERCICIO FÍSICO Y
POSICIÓN ESTÁTICA POR MAS DE 6 HORAS DE LOS PACIENTES CON
INSUFICIENCIA VENOSA SUPERFICIAL QUE ACUDEN A LA CONSULTA
DE CIRUGÍA VASCULAR DEL HPDA**

	POSICIÓN >6H		
EJERCICIO	Sí	No	Total
Sí	28	5	33
No	48	6	54
Total	76	11	87

FUENTE: La insuficiencia venosa superficial y su relación con los hábitos de vida de los pacientes que acuden a la consulta de cirugía vascular HTMC

ELABORADO POR: Mendoza Viteri, Francisco Javier; 2015.

TABLA N° 9. RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y POSICIÓN ESTÁTICA POR MAS DE 6 HORAS DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA VENOSA SUPERFICIAL QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE CIRUGÍA VASCULAR DEL HTMC

	POSICIÓN >6H		
IMC	Sí	No	Total
	18	1	19
	58	10	68
	76	11	87

FUENTE: La insuficiencia venosa superficial y su relación con los hábitos de vida de los pacientes que acuden a la consulta de cirugía vascular HTMC

ELABORADO POR: Mendoza Viteri, Francisco Javier; 2015.

TABLA N° 10. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA POSICIÓN ESTÁTICA >6 HORAS DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA VENOSA SUPERFICIAL QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE CIRUGÍA VASCULAR DEL HTMC

POSICIÓN >6H	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	76	87,36%
NO	11	12,64%

FUENTE: La insuficiencia venosa superficial y su relación con los hábitos de vida de los pacientes que acuden a la consulta de cirugía vascular HTMC

ELABORADO POR: Mendoza Viteri, Francisco Javier; 2015.

Se observaron en los pacientes del estudio que existen otros factores de riesgo asociados a los estilos de vida como los antecedentes patológicos familiares, el consumo de alcohol y/o tabaco; encontrando que el 57,47% (n=50) de pacientes tiene algún antecedente

familiar de insuficiencia venosa superficial, considerándose un factor de riesgo importante en el desarrollo de la insuficiencia venosa superficial, sin embargo; esta relación no fue estadísticamente significativa (RR: 1,245; IC: 0,45 – 3,45; p: 0,079)

TABLA N° 11. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA VENOSA SUPERFICIAL QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE CIRUGÍA VASCULAR DEL HTMC

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	50	57,47%
NO	37	42,53%

FUENTE: La insuficiencia venosa superficial y su relación con los hábitos de vida de los pacientes que acuden a la consulta de cirugía vascular HTMC

ELABORADO POR: Mendoza Viteri, Francisco Javier; 2015.

TABLA N° 12. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE CONSUMO DE TABACO EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA VENOSA SUPERFICIAL QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE CIRUGÍA VASCULAR DEL HTMC

TABACO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	13	14,94%
NO	74	85,06%

FUENTE: La insuficiencia venosa superficial y su relación con los hábitos de vida de los pacientes que acuden a la consulta de cirugía vascular HTMC

ELABORADO POR: Mendoza Viteri, Francisco Javier; 2015.

El 14,94% (n=13) de pacientes refiere consumir tabaco y el 6,9% (n=6) refiere consumir alcohol, el tabaco se ha descrito como un factor de riesgo para desarrollar insuficiencia venosa superficial, pese a esto en el estudio el porcentaje de pacientes que lo consume no lo asocia a esta enfermedad. El alcohol no se encuentra descrito como un factor de riesgo y en el estudio se demuestra que los pacientes no lo consumen. Teniendo en cuenta que todos los pacientes del estudio presentan insuficiencia venosa superficial este bajo porcentaje de pacientes que consumen estas drogas de tolerancia demuestran que en esta población no se deben considerar como factores de riesgo para la patología estudiada.

TABLA N° 13. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA VENOSA SUPERFICIAL QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE CIRUGÍA VASCULAR DEL HTMC

ALCOHOL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	6	6,90%
NO	81	93,10%

FUENTE: La insuficiencia venosa superficial y su relación con los hábitos de vida de los pacientes que acuden a la consulta de cirugía vascular HTMC

ELABORADO POR: Mendoza Viteri, Francisco Javier; 2015.

Al realizar una regresión logística estadística de los estilos de vida de los pacientes del estudio se observa que solo el mantener una misma posición por más de 6 horas presenta una relación estadísticamente significativa (p: 0,092) con el desarrollo del insuficiencia venosa superficial dentro de esta población.

TABLA N° 14. TABLA DE VALORES DE REGRESIÓN LOGÍSTICA DE LOS ESTILOS DE VIDA ASOCIADOS A LA INSUFICIENCIA VENOSA SUPERFICIAL DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE CIRUGÍA VASCULAR DEL HTMC

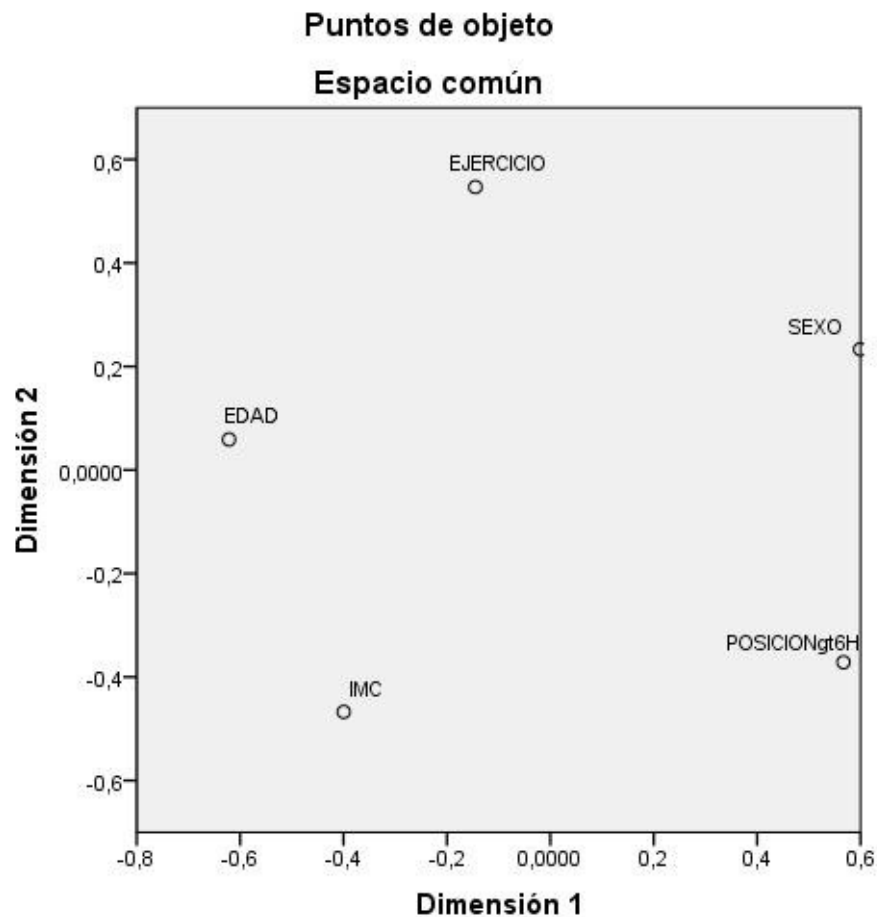
VARIABLES EN LA ECUACIÓN						
	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
IMC	,821	,657	1,563	1	,211	2,274
EJERCICIO	-,231	,596	,150	1	,699	,794
POSICIÓN >6H	-1,649	,713	5,356	1	,021	,092
APP	,456	,591	,593	1	,441	1,577

FUENTE: La insuficiencia venosa superficial y su relación con los hábitos de vida de los pacientes que acuden a la consulta de cirugía vascular HTMC

ELABORADO POR: Mendoza Viteri, Francisco Javier; 2015.

Al realizar un escalamiento dimensional de los estilos de vida, incluyendo la edad como un marcador de estos, se observa que no existe una relación entre los mismos, es decir no existe un patrón de estilos de vida que se pueda considerar en estos pacientes, esto demuestra que todos estos estilos de vida por si solos pueden desarrollar insuficiencia venosa superficial sin la necesidad de que se presente otro.

**GRÁFICO N° 3. ESCALAMIENTO DIMENSIONAL DE LOS ESTILOS DE VIDA
ASOCIADOS A LA INSUFICIENCIA VENOSA SUPERFICIAL DE LOS
PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE CIRUGÍA VASCULAR DEL
HTMC**



FUENTE: La insuficiencia venosa superficial y su relación con los hábitos de vida de los pacientes que acuden a la consulta de cirugía vascular HPDA

ELABORADO POR: Mendoza Viteri, Francisco Javier; 2015.

4.2 VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Para la comprobación de la hipótesis se utilizó valores de p y riesgo relativo

4.2.1 PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS

H₀: La Insuficiencia Venosa Superficial no tiene relación con el estilo de vida de los pacientes.

Hi: Existe relación entre el estilo de vida y la Insuficiencia Venosa Superficial en los pacientes atendidos en consulta de cirugía vascular.

Datos: Se usaron varios factores de riesgo que fueron valorados en la totalidad de la población, estos fueron: edad, sexo, antecedentes patológicos familiares, índice de masa corporal, posición estática por >6 horas, práctica frecuente de ejercicio.

Se valoraron tanto variables modificables como otras que no lo son; dentro de las primeras se encuentran el índice de masa corporal, ejercicio físico y la posición estática por >6 horas; se halló cada uno de estos tiene un porcentaje significativo en la población estudiada.

En cuanto a las variables no modificables, como son la edad y el sexo; en base a la primera debemos decir que la investigación se asemeja a otros estudios realizados al encontrar mayor porcentaje de pacientes >40 años (53.62%); de la misma manera la segunda empata con otros estudios ya que el porcentaje de mujeres en el estudio fue de 81.61% y los antecedentes patológicos familiares con un porcentaje de 57.47%.

Así mismo, se valoró si existía relación entre estas variables para determinar un cierto patrón, sin embargo; solamente la relación entre edad (>40) y posición estática fue representativa con un valor de p de 0.020.

Finalmente, al realizar un escalamiento dimensional para conocer si las variables entre si se asociaban, no se encontró dicha relación, concluyendo así que las variables no forman asociación para ser un grupo de riesgo pero que cada una por si sola representa un factor de riesgo para la Insuficiencia venosa superficial.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

La Insuficiencia Venosa Superficial se presenta en mayor proporción en los pacientes mayores de 45 años que acudieron a la consulta externa de cirugía vascular del HTMC.

La Insuficiencia Venosa Superficial se encuentra relacionada principalmente con la posición estática por >6 horas, definiéndose como la variable más notable e influyente de la investigación.

Todas las variables valoradas como factores de riesgo tienen un valor porcentual alto en la población con Insuficiencia venosa superficial valorada.

La presente investigación concluye que existe relación entre la edad y la posición estática por >6 horas y no existe otra relación y validez estadística entre las demás variables.

Se demuestra que no hay relación entre las variables valoradas, como riesgo conjunto; sino más bien cada una de estas representa de manera individual un factor de riesgo para los pacientes.

5.2 RECOMENDACIONES

Se recomienda reforzar la base de datos estadística del HTMC, debido a que se encontró que no existe una base adecuada en ciertas patologías o servicios del hospital, lo que limita esta y otras futuras investigaciones, denotando también

puntos donde poner más atención, tanto en lo estadístico como en lo investigativo.

Futuras investigaciones pueden enfocarse en mayores factores de riesgo presentes en la población en general, asociación de estos con los grados de gravedad de la Insuficiencia venosa superficial y comparación de los beneficios o no de determinados tratamientos usados no invasivos, para fortalecer los estudios en este campo por ser uno de muy poco estudio en nuestra población, pese a la gran proporción de pacientes existentes.

Existen factores de riesgo que no podemos modificar, como el sexo, edad o antecedentes familiares; pero en cuanto a los que podemos convertir podemos prestar atención al problema de sobrepeso y obesidad que observamos en los pacientes, para lo cual sería óptimo el hecho de conjugarlo con una mayor práctica de ejercicio físico y fomentar en estos pacientes mejores prácticas en estos ámbitos, que no solo ayudan en la evolución de esta enfermedad sino también de enfermedades cardiovasculares o arteriales.

Es recomendable hacer conocer opciones de mejoramiento de la posición estática en los paciente y en general, ya que suprimirlo totalmente sería un tanto complejo por el hecho de que este factor se encuentra asociado en la mayoría de casos con la ocupación que desempeñan; pero se podría trabajar en ciertos movimientos de las extremidades inferiores que ayudan a la circulación tanto venosa como arterial, evitando así también la sintomatología típica.

A pesar de que la relación con el tabaco y el alcohol no se presenta de forma notoria con esta patología; el efecto que estos tienen, no solo sobre las venas y arterias, sino sobre otros aparatos y sistemas del organismo hace que se deba advertir a los pacientes de los riesgos que conlleva su consumo. Y persuadir para suprimir su consumo de forma total por tratarse además de drogas permisibles pero psicotrópicas.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1 DATOS INFORMATIVOS

6.1.1 TÍTULO

PROGRAMA DE ASESORAMIENTO EN BASE A CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA VENOSA SUPERFICIAL PARA MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA

6.1.2 INSTITUCIÓN EFECTORA

Hospital Teodoro Maldonado Carbo; Consulta externa y Hospitalización de Cirugía Vascular.

6.1.3 BENEFICIARIOS

Los beneficiarios serán los pacientes que han sido valorados, diagnosticados y tratados por Insuficiencia Venosa Superficial en los establecimientos que acojan la propuesta.

6.1.4 UBICACIÓN

Ecuador, Guayaquil, Guayas

6.1.5 TIEMPO

La propuesta se iniciará luego de la pertinente aprobación de la misma, se estipula que se mantenga de manera constante, ya que son pacientes en constante renovación; así como también por el hecho de que cada mes se reciben alrededor de 40 casos nuevos de dicha patología.

6.1.6 EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE

El equipo estará conformado por el personal de salud del hospital que acoja dicha propuesta.

6.1.7 COSTO

La propuesta tendrá un costo aproximado de 300 dólares, que se utilizarán en el planteamiento y diseño de conferencias y trípticos que serán entregados a todos los pacientes que son parte de este proyecto de investigación y a nuevos pacientes.

6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

“Bajar de peso y realizar actividad física de manera periódica, pueden disminuir en un 50 por ciento el riesgo de presentar insuficiencia venosa”, señaló el especialista Rubén Santoyo Ayala (Notimex, 2013) por medio de una publicación en Notimex. “Agregó que, además de la predisposición genética, la aparición de várices también se asocia a factores como obesidad y sobrepeso. Indicó que por lo regular se utilizan métodos conservadores, como manejo de fármacos, uso de medias compresivas y algunas medidas como evitar permanecer mucho tiempo de pie o sentado, realizar una caminata diaria, ingerir líquidos abundantes y cuidar el peso corporal.” (Notimex, 2013)

Predisposición genética o factores potencialmente modificables como la obesidad y el sedentarismo pueden llevar a la persona, en especial a las mujeres, a desarrollar insuficiencia venosa, cuya manifestación más evidente son las várices. Carlos Rubén Ramos López, en EEUU; explicó que "la herencia y factores externos influyen en el desarrollo de la insuficiencia venosa primaria". Añadió que la insuficiencia venosa es "mucho más marcado en las zonas urbanas debido a que se mueven menos, tienen la facilidad de transportarse en vehículos motorizados y esto los hace más sedentarios que en áreas rurales donde la gente camina más". Por tanto "si es obeso, debe de bajar de peso, debe hacer más actividad física, especialmente la caminata", puntualizó. (Diario San Diego, 2011)

En la revista Europea de Cirugía Endovascular, en el año de 2011 el Dr. Biemans A.A.M. y cols. demuestra que la CIVIQ es una herramienta factible, válida, fiable y sensible en la evaluación de la Calidad de Vida en pacientes con enfermedad varicosa. Sin embargo, se recomienda utilizar sólo la puntuación global. El cambio en la puntuación CIVIQ después del tratamiento para las venas varicosas fue estadísticamente y clínicamente significativo,

especialmente entre los pacientes con enfermedad clínicamente relevante (C2 o más, según la clasificación CEAP). Además de comparar las puntuaciones de Calidad de Vida antes y después de la terapia, también estima el tamaño del efecto y si es clínicamente relevante para el paciente. La CIVIQ refleja los aspectos físicos mejor que el aspecto mental de tener venas varicosas. Hallazgos similares han sido reportados para otras herramientas de Calidad de Vida de venas varicosas. Además de las tasas de éxito anatómicas, los resultados informados por los pacientes, incluyendo algunos eventos adversos, como el dolor, la Calidad de Vida, satisfacción con el tratamiento y la preferencia son cada vez más reconocidas como resultados significativos en los ensayos clínicos comparativos. El CIVIQ ahora ha sido validado en poblaciones de pacientes adicionales y son capaces de evaluar el impacto de las varices en las vidas de los pacientes. (Biemans, van der Velden, Bruijninckx, & Buth, 2011)

En la revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Quito, en el año de 2014 el Dr. Jaramillo y cols. en su artículo de determinación de la calidad de vida de los pacientes con trastornos venosos crónicos de miembros inferiores mediante la aplicación del cuestionario de insuficiencia venosa (civiq - 14); cómo influye la patología sobre la vida cotidiana de las personas; muestra un deterioro en todas las esferas, posiblemente por la falta de políticas preventivas y de promoción, la falta de especialistas en flebología y cirugía vascular en los servicios estatales de salud y otras situaciones de carácter social y cultural determinaron un mayor deterioro en la calidad de vida en la muestra estudiada en comparación con estudios en otros países. En este estudio la esfera física fue la más afectada (deterioro moderado) prácticamente no hay diferencia con el resultado de la esfera del dolor, mientras que la esfera psicológica la fue la menor afectada (deterioro leve). En cuanto al género las mujeres tienen peor calidad de vida que los hombres. (Jaramillo & López, 2014)

6.3 JUSTIFICACIÓN

Luego de haber hecho la investigación a los pacientes que fueron diagnosticados Insuficiencia Venosa Superficial y encontrar a más de la mitad de la población en un índice de sobrepeso u obesidad, así como refieren permanecer por más de seis horas en una posición estática y no realizar ejercicio, se crea la necesidad de trabajar en las variables que pueden modificarse.

Cada una de estas variables puede ser modificada si se trabaja con los pacientes de manera clara y concisa; además los beneficios que se pueden obtener no solo mejorarían la insuficiencia venosa sino de manera general, todas enfermedades que se ven afectadas por los estilos de vida sedentarios y con una nutrición poco equilibrada.

Sobre todo si tomamos en cuenta que en nuestro país “el consumo de productos procesados y de comida chatarra han determinado el aumento en la incidencia del sobrepeso y obesidad, así como de las enfermedades crónicas no transmisibles”. (El Telégrafo, 2014)

Eso lo refleja la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición que señala que “3 de cada 10 niños en edad escolar tiene problemas de sobrepeso u obesidad; lo mismo ocurre en 2 de cada 10 adolescentes. Mientras que en la edad adulta (entre los 19 y 53 años), el problema de salud se presenta en 2 de cada 3 personas. Según el estudio, los desórdenes que tienen relación directa o indirecta con la obesidad también son recurrentes. Las enfermedades cardiovasculares y el cáncer representan el 47,8% de las muertes en personas de entre 30 y 70 años.” (El Telégrafo, 2014)

Por tanto, trabajar y enfatizar todas las medidas preventivas para esta y otras enfermedades con alta morbilidad permitirá disminuir un sin número de patologías que afectan cada vez más a nuestra población.

6.4 OBJETIVOS

6.4.1 GENERAL

Diseñar un programa de asesoramiento con información de los cambios en el estilo de vida en los pacientes con Insuficiencia Venosa Superficial, basando las modificaciones en el cuestionario CIVIQ de Calidad de Vida.

6.4.2 ESPECÍFICOS

Disminuir los estilos de vida modificables investigados anteriormente, en los pacientes que acudan a la consulta con diagnóstico de Insuficiencia Venosa Superficial.

Estructurar una guía de como y que cambios se deberán hacer para mejorar el estilo de vida y la posible sintomatología de los pacientes con Insuficiencia Venosa Superficial.

Diseñar charlas informativas a los pacientes con Insuficiencia Venosa Superficial, tanto de consulta externa y hospitalización; a cerca de los estilos de vida que los han llevado a dicha enfermedad y como mejorarlos.

6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

La propuesta es factible, ya que los factores a modificar pueden ser asimilados por los pacientes y por tanto aplicados; el personal de salud podrá verificar los cambios en estos en las consultas de control que se realizan en el HTMC; además de enfatizar los beneficios que conllevan estos cambios.

Equidad de género. La presente propuesta está diseñada de tal manera que engloba tanto a mujeres como hombres para su aplicación, tomando en cuenta además que los pacientes con mayor afectación de dicha patología son del sexo femenino.

Política. El HTMC y su personal de salud permitirán y apoyarán la realización de la propuesta en base a los principios de una medicina preventiva ante una curativa; tomando en cuenta también que el beneficio será no solo para esta patología sino más bien para otras concomitantes.

Legal. La salud es un derecho que el Estado garantiza y que se vincula con el ejercicio conjunto de otros derechos como la alimentación, cultura física, ambientes sanos entre otros, que sustentan el buen vivir. Por tanto se garantizará el acceso sin exclusión a programas, servicios de promoción y atención integral de salud.

Socio-cultural. La propuesta se adaptará y acondicionará de acuerdo a las costumbres y cultura que posea cada paciente, sin exclusión ninguna.

6.6 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO-TÉCNICA

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

“Según la Organización Mundial de la Salud, un estilo de vida saludable es una forma de vida que permite disminuir el riesgo de estar gravemente enfermo o de una muerte temprana. La mayoría de los autores definen los estilos de vida saludables como un "conjunto de patrones conductuales que poseen repercusiones para la salud de las personas. Una manera más sencilla y práctica para definirlo, es la adopción de hábitos

alimenticios saludables, mantener un peso apropiado, ejercitarse regularmente, dejar de fumar y beber alcohol (o nunca hacerlo) y minimizar el estrés.” (Marín, 2008)

“Estudios científicos han identificado algunos tipos de comportamiento que contribuyen al desarrollo de enfermedades no transmisibles y de muerte temprana, y ha llegado a la conclusión de que el cuidado de la salud física, mental y el bienestar social son componentes importantes de una buena salud.” (Marín, 2008)

“La prevención en salud es la manera más efectiva de disminuir la aparición de enfermedades y al mismo tiempo de reducir costos de atención en salud. En síntesis, puede decirse que llevar un estilo de vida saludable es vivir una vida sana, sin excesos, comer bien, ejercitarse y alejarse de las preocupaciones y el estrés.” (Marín, 2008)

La Alimentación

“Una alimentación adecuada es aquella que cumple con las necesidades específicas del comensal de acuerdo a su edad, a fin de promover en el niño (a) y en el (la) adolescente el crecimiento y el desarrollo adecuado y en los adultos y ancianos(as) permite la conservación y el alcance de peso esperado para la talla, y previene el desarrollo de enfermedades que se presentan por deficiencia o por exceso de nutrimentos. La alimentación correcta o buena conlleva a las personas a gozar de un pleno bienestar biológico, psicológico y social.” (Marín, 2008)

“La Organización Panamericana de la Salud en su Estrategia Mundial sobre Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud hace las siguientes recomendaciones alimentarias, las cuales están dirigidas a todos los miembros de la familia, en particular a los mayores de cinco años de edad:

Consumir con moderación alimentos con gran contenido de energía, tratando de mantener un peso normal.

Limitar el consumo de grasas saturadas, poliinsaturadas y mono insaturadas y esforzarse para eliminar los isómeros trans del régimen alimentario individual e idealmente de los alimentos del país.

Aumentar el consumo de una variedad de vegetales, entre ellas frutas, verduras, granos integrales, legumbres y una variedad de frutas secas.

Limitar la ingesta o consumo de alimentos procesados con un gran contenido de azúcar, grasas y sal.” (Estrategia Mundial sobre Alimentación Saludable, Actividad, 2006)

“Se llaman grasas saturadas a todo tipo de grasas o aceites que se encuentran principalmente en la grasa animal, como por ejemplo la tocineta, el sebo, el chicharrón y las mantecas. Carnes, vísceras y derivados (embutidos, patés, manteca, etc.), lácteos enteros (crema de leche y mantequilla), huevos y productos alimenticios que contengan los alimentos mencionados.” (Marín, 2008)

“Las grasas poliinsaturadas y monoinsaturadas son grasas y aceites menos perjudiciales entre los cuales se encuentran los aceites de pescado, omega 6 y 3, aceite de oliva, aceitunas, entre otros. Los isómeros trans son grasas que se transforman en el cuerpo y elevan los niveles de los ácidos grasos en la sangre. Las principales fuentes de estos son: margarinas o mantequillas, papas fritas y alimentos procesados (productos de repostería y panadería, baños de repostería, cobertura de helados, caramelos, galletitas de sal y de dulce, productos enlatados, caldos y sopas en cubitos.” (Marín, 2008)

Además, “se debe aprovechar el consumo de las frutas, legumbres y granos de la cosecha que se producen en las diferentes regiones del país, por ejemplo maíz, frijol, espinaca, arveja, habichuela, zanahoria, tomate, pepino, entre otros que ayudan a tener una buena salud.” (Marín, 2008)

Actividad física

“El ejercicio físico, es un factor clave para mantenerse saludable. El ejercicio fortalece los huesos, corazón y pulmones, tonifica los músculos, mejora la vitalidad, ayuda a conciliar mejor el sueño y alivia la depresión.”

“De acuerdo con estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en varios países se ha reportado una disminución preocupante de la actividad física de la población. Actualmente, entre tres y seis de cada diez personas no alcanzan los niveles mínimos recomendados de actividad física, y como pudiera deducirse por los factores de riesgo que trae el urbanismo, esta inactividad física es más visible en áreas urbanas, aumenta con la edad y de manera preocupante entre mujeres.” (Marín, 2008)

“Actualmente, y luego de consolidar varios estudios clínicos y epidemiológicos hechos por diferentes autores como el estudio del Corazón de Framingham en los Estados Unidos y las recomendaciones resumidas por el Centro de Control de Enfermedades (CDC) en el mismo país con respecto a la actividad física individual, se dan a conocer las siguientes:

Realizar como mínimo treinta (30) minutos diarios de actividad física de intensidad moderada como caminar enérgicamente, andar en bicicleta y bailar, para obtener beneficios sustanciales para la salud. Beneficios adicionales pueden obtenerse participando en una actividad física de mayor intensidad o duración.

Para las personas que desean mantener un peso normal, o disminuir de peso, podrían requerirse entre sesenta y noventa minutos por día de actividad física de intensidad moderada.” (Marín, 2008)

Al momento de recomendar la realización de actividad física es importante:

“Estar al día con las últimas recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) o del Centro de Control de Enfermedades (CDC).

Dar ejemplos de qué tipo de actividad se está recomendando.

Explicar claramente las limitaciones de la actividad recomendada, es decir, quién puede realizar dichas actividades y el periodo de tiempo recomendado.

Definir qué hacer en casos especiales como menores y personas de edad.

Si se recomienda algo más de actividad física de intensidad moderada, es importante recomendar también la valoración médica antes de iniciar la realización de ejercicio físico de alta intensidad para prevenir lesiones o problemas como consecuencia de una mala prescripción del ejercicio.” (Marín, 2008)

En este caso específico recomendamos:

TABLA N° 15. TABLA DE MEDIDAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS PARA EL CONTROL DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA

ACTIVIDAD Y DESCANSO
Deberá <i>evitar permanecer de pie o sentado durante largos periodos de tiempo</i> <i>Haga ejercicio físico diario:</i> Caminar 3-5 kilómetros Nadar en agua fría Bicicleta, baile <i>Evite levantar pesos</i> <i>Cuando esté sentado</i> (casa, viajes o trabajo sedentario): Hacer ejercicios de flexión y extensión en movimientos circulares de los pies cada media hora.

Cuando viaje en coche deberá realizar paradas cada 150 Km y estiré las piernas. <i>Cuando este en reposo:</i> Tener los miembros inferiores más altos que el nivel del corazón evitando la flexión de la cadera durante 15-30 minutos, tres o cuatro veces al día. Dormir con las piernas ligeramente elevadas (con un taco o ladrillo bajo los pies de la cama, almohada en los pies,...) salvo contraindicación como en casos de insuficiencia cardiaca, reflujo gastroesofágico, enfermedad arterial.
CUIDADO DE LA PIEL, DIETA Y VESTIDO: <i>Evitar las altas temperaturas ambientales, baños al sol y aplicación directa de calor en miembros inferiores</i> (cera y baños calientes). <i>Aseo meticuloso</i>, a diario, seguido con jabón de pH neutro (recomendable la ducha que alterna chorros de agua caliente con chorros de agua muy fría en miembros inferiores) y secado minucioso. <i>Hidratación abundante de la piel</i>, con crema hidratante o vaselina. <i>Masajes</i> frecuentes en los miembros inferiores desde los pies hasta el muslo. <i>Dieta:</i> Poca sal, Evitar el sobrepeso, Estreñimiento, Tabaco y alcohol. <i>Evitar ropa, medias o calcetines ajustados</i> o que le aprieten <i>Calzado ancho, cómodo y transpirable.</i> Evite el roce del calzado, los zapatos de tacón alto, los totalmente planos y andar descalzo. <i>Tacón recomendable 3-4 centímetros.</i>
EJERCICIOS PARA FAVORECER EL RETORNO VENOSO <i>Acostado:</i> Haga bicicleta y movimientos en tijera con las piernas (de 15 a 20 veces) Mover cada pierna en pequeños círculos (10 veces) Mover los dedos de los pies con las piernas ligeramente elevadas y extendidas: Flexionar y estirar sucesivamente los dedos (hasta 2 veces) <i>De pie:</i> Caminar de puntillas y con los talones

Tomado de: “MEDIDAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS PARA EL CONTROL DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA” del servicio de Cirugía vascular del CHUAC (Complejo Hospitalario Universitario de A. Coruña). Versión adaptada.
Adaptada por: Mendoza Viteri, Francisco Javier, 2015

CUESTIONARIO PARA VALORAR LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON VENAS VARICOSAS:

TABLA N° 16. CUESTIONARIO CIVIQ

Versión en Inglés de la CIVIQ (Traducido)	
1.	En las últimas cuatro semanas, si usted ha sentido dolor en los tobillos o las piernas, ¿cuál fue la intensidad del dolor?
2.	Durante las últimas cuatro semanas, ¿hasta qué punto se sintió molestias o limitaciones en su trabajo o sus otras actividades diarias debido a su problema en la pierna?
3.	Durante las últimas cuatro semanas, ¿Has dormido mal debido a sus problemas de piernas, y con qué frecuencia?
Durante las últimas cuatro semanas, ¿hasta qué punto sus problemas en las piernas molestan o lo limitan al hacer los movimientos o actividades que se enumeran a continuación?	
4.	de pie durante mucho tiempo
5.	al subir las escaleras
6.	cuclillas, de rodillas
7.	caminar enérgicamente
8.	viajes en coche, autobús, avión
9.	tareas domésticas tales como el trabajo en la cocina, con un niño, planchado, limpieza de pavimentos de los muebles, haciendo el trabajo práctico
10.	ir a discotecas, bodas, fiestas, cócteles
11.	Las actividades deportivas, haciendo esfuerzos físicamente extenuantes
Los problemas en las piernas también pueden tener un efecto en la parte moral del paciente. ¿En qué medida las siguientes frases corresponden a la forma en que se sintió durante las últimas cuatro semanas?	
12.	Me siento al límite.
13.	Me siento casado rápidamente.
14.	Siento que soy una carga para la gente
15.	Siempre debo tomar precauciones (como para estirar las piernas, para evitar estar de pie mucho tiempo)
16.	Me siento avergonzado de mostrar mis piernas.
17.	Me irrita fácilmente.
18.	Me siento discapacitado/da.
19.	Tengo dificultad para conseguir levantarme en la mañana.
20.	No me siento con ganas de salir.
Tomado del original: Revista Europea de Cirugía Endovascular, 2011, Dr. Biemans A.A.M. y cols. “Validación del cuestionario de calidad de vida de Insuficiencia Venosa Crónica en pacientes holandeses tratados por venas varicosas”. Tomado del original.	

Traducido por: Mendoza Viteri, Francisco Javier; 2015.

“El cuestionario de calidad de vida específico para la insuficiencia venosa crónica, propuesto por Launois y cols (1996), se basa en 20 ítems agrupados en 4 dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud: repercusiones del dolor (5 ítems), funcionamiento social (3 ítems), funcionamiento físico (3 ítems) y funcionamiento

psicológico (9 ítems). La puntuación oscila entre 0 (mínima calidad de vida) y 100 (máxima calidad de vida). Este cuestionario ha sido validado para numerosos países e idiomas. El tiempo para responder a este instrumento es de unos 5 minutos.” (Biemans, van der Velden, Bruijninckx, & Buth, 2011)

“En 2002, Lozano y Launois validaron para España el instrumento CIVIC-20. El CIVIQ-español ha demostrado muy buena consistencia interna, alta reproducibilidad y capacidad de respuesta, así como validez clínica longitudinal. Estudios posteriores mostraron ser un valioso instrumento para evaluar la mejora en la calidad de vida del paciente en respuesta a la terapia, tanto en la práctica clínica como en los ensayos clínicos.” (Biemans, van der Velden, Bruijninckx, & Buth, 2011)

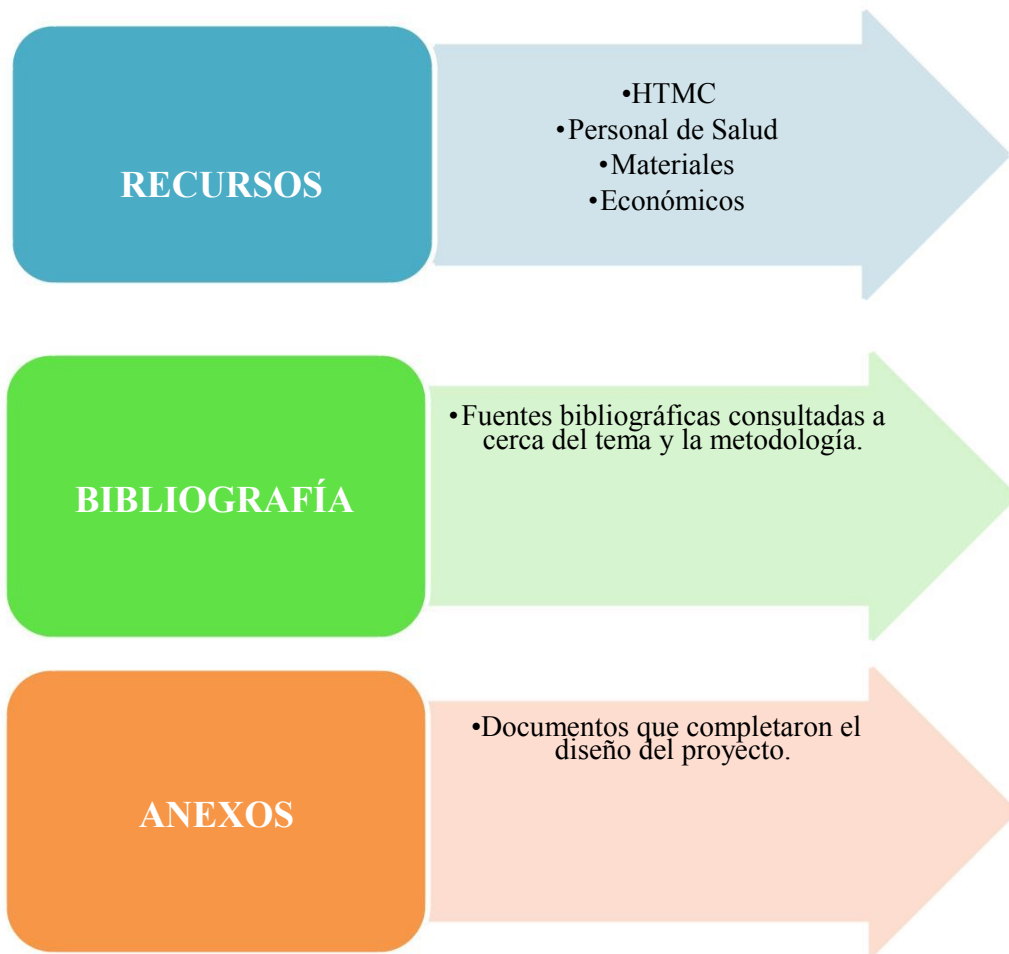
“Las 20 preguntas de la CIVIQ resultará en una puntuación global y cuatro cuentas de dominios independientes: físicos (artículos 5, 6, 7 y 9), psicológicos (artículos 12 a 20) y el deterioro social (artículos 8, 10 y 11) y el nivel de dolor (artículos 1-4).” (Biemans, van der Velden, Bruijninckx, & Buth, 2011)

6.7 MODELO OPERATIVO

FASE	METAS	ACTIVIDADES	RECURSOS-TIEMPO	RESPONSABLE
Evaluación	Disminuir los estilos de vida modificables investigados anteriormente, en los pacientes que acudan a la consulta con diagnóstico de Insuficiencia Venosa Superficial.	Cotejar el índice de masa corporal de pacientes nuevos y que acuden al mes a la consulta de control, y otras variables valoradas en el estudio.	Enero 2015	Francisco Javier Mendoza Viteri
Ejecución	Estructurar una guía de cómo y qué cambios se deberán hacer para mejorar el estilo de vida y la posible sintomatología de los pacientes con Insuficiencia Venosa Superficial.	Indagar las reformas que se pueden hacer a los pacientes en base a un estudio medio y costumbres; valorando en base al cuestionario CIVIQ.	Enero 2015	Francisco Javier Mendoza Viteri
Concientización	Diseñar charlas informativas a los pacientes con Insuficiencia Venosa Superficial, tanto de consulta externa y hospitalización; a cerca de los estilos de vida que los han llevado a dicha enfermedad y como mejorarlos.	Explicar a los pacientes las consecuencias y beneficios que conllevan el reformar el estilo de vida que están llevando. Evaluar mediante el índice de masa corporal y sintomatología la evolución de la enfermedad.	Enero 2015	Francisco Javier Mendoza Viteri

Elaborado por: Francisco Mendoza Viteri; 2015.

6.8 ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA



6.9 PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN

Lineamientos básicos, los mismos que se someterán a una previa evaluación según las particularidades del paciente a ser atendido, razón por la cual la propuesta estará en constante cambios y mejoras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

1. Almeida, N., Castiel, L., & Ayres, J. (2009). Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud Colectiva*, 323-344.
2. Bergan, J. (2007). *The Vein Book*. United States of America: Elsevier.
3. Burgos, J., Corona, A., & Luna, B. (2009). Anatomía, clasificación clínica de la insuficiencia venosa y efectividad de la maniobra de valsalva vs. maniobra de descompresión para demostrar reflujo de la unión safenofemoral en pacientes con insuficiencia venosa en miembros pélvicos. *Anales de Radiología México*, 301-306.
4. Colimon, K.-M. (2010). Fundamentos de epidemiología. Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas.
5. Harrison. (2005). *Principios de Medicina Interna*. México: McGraw-Hill Interamericana.
6. Schwartz, S. (2000). *Principios de Cirugía*. México: McGraw-Hill Interamericana.
7. Taylor & Francis Group. (2006). *Venous and Lymphatic Disease*. New York: Taylor & Francis Group.

LINKOGRAFÍA

1. Aguilar, L. (2003). Trastornos circulatorios de las extremidades inferiores. *Elsevier*, 94-104. Recuperado el: 09 de Octubre de 2003. De: <http://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-trastornos-circulatorios-las-extremidades-inferiores-13053132>
2. Ahumada M., V. J. (2004). Prevalencia de varices en adultos y factores asociados. *Elsevier*, 647. Recuperado en: 2009. De: <http://www.asovascular.com/media/guias/Guias-Colombianas-para-el-Diagnostico-y-el-Manejo-de-los-Desordenes-Cronicos-de-las-Venas.pdf>
3. Álvarez-Fernandez. (2008). Encuesta epidemiológica sobre la insuficiencia venosa crónica en España: estudio DETECT-IVC 2006. *Elsevier*, 30-31. Recuperado el: 14 de Diciembre de 2007. De: <http://www.elsevier.es>
4. Biemans, A., van der Velden, S., Bruijninckx, C., & Buth, J. N. (2011). Validation of the Chronic Venous Insufficiency Quality of Life Questionnaire in Dutch Patients Treated for Varicose Veins. *European Journal of Vascular & Endovascular Surgery*, 246-253. Recuperado en: Agosto de 2011. De: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejvs.2011.04.007>

5. Brunner, & Suddarth. (2005). *Manual de enfermería médico quirúrgica*. México: McGraw-Hill Interamericana. Recuperado el: 04 de Abril de 2010. De: <http://www.cosaslibres.com/search/pdf/brunner-y-suddarth-enfermer%C3%ADa-medicquir%C3%BArgica/3>
8. Calderón González, A. (s.f.). *Unidad de Cirugía Vascular; Endovascular y Angiología*. Recuperado el 29 de Septiembre de 2014, de <http://doctorcalderon.com/enfermedades-venosas/insuficiencia-venosa-cronica-ivc/>
9. Criqui, M., Denenberg, J., & Bergan, J. (2007). Risk factors for chronic venous disease: The San Diego Population Study. *Journal of Vascular Surgery*, 331-337. Recuperado el: 01 de Agosto de 2008. De: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2023874/>
10. De la Cruz, E., & Pino, J. (2009). Estilo de vida relacionado con la Salud. *Universidad de Murcia*, 1-9. Recuperado el: 28 de Octubre de 2009. De: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/6616/1/estilo%20de%20vida%20y%20salud.pdf>
11. Edouard, D., & Quiñones, M. (2010). Insuficiencia venosa crónica y Calidad de vida. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular*, 27-33. Recuperado en: 2010. De: http://bvs.sld.cu/revistas/ang/vol11_01_10/ang04110.pdf
12. El Telégrafo. (28 de Agosto de 2014). En Ecuador, 3 de cada 10 niños tienen obesidad u sobrepeso. *El Telégrafo*. De: <http://www.telegrafo.com.ec/sociedad/item/en-ecuador-3-de-cada-10-ninos-tienen-obesidad-u-sobrepeso.html>
13. Espinola. (2007). Prevalencia de várices en miembros inferiores en el personal del Hospita de Clínicas. *Revista Chilena de Cirugía*, 342-347. Recuperado en: Octubre de 2007. De: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-40262007000500006&script=sci_arttext
14. Espinosa, J., & Bravo, J. (2005). *Rehabilitación Cardíaca y Atención Primaria*. Habana, Cuba: Infomed. Recuperado en: 2004. De: http://bvs.sld.cu/revistas/mfr/vol_3_2_11/mrf04311.pdf
15. Estrategia Mundial sobre Alimentación Saludable, Actividad. (2006). *Plan de implementación en América Latina y el Caribe 2006-2007*. Washington. Recuperado el: 10 de Marzo de 2006. De: <http://www.msal.gov.ar/argentina-saludable/pdf/dpas-plan-imp-alc.pdf>
16. Galenox. (s.f.). *Galenox*. Recuperado el 12 de Enero de 2015, de <http://galenox.com/biblioteca/guias-clinicas/36875-insuficiencia-venosa-cronica-#page>
17. García-Gimeno, M., Rodríguez-Camarero, S., & Tagarro-Villalba, S. (2013). Reflux patterns and risk factors of primary varicose veins' clinical severity.

Phlebology, 184-190. Recuperado en: Abril de 2013. De:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22345327>

18. Gloviczki. (2011). El cuidado de los pacientes con venas varicosas y enfermedades venosas crónicas asociadas: las guías de práctica clínica de la Sociedad de Cirugía Vascular y el Foro de América venosa. *Revista de Cirugía Vascular*, 7S. Recuperado en: Mayo de 2011. De:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21536172>
19. Gómez, C., Jiménez, H., & Ulloa, J. (2012). Nomenclatura de las venas de los miembros inferiores y términos en flebología: los consensos internacionales. *Revista Colombiana de Cirugía*, 139-145. De:
<http://www.ascolcirugia.org/revista/revistaabriljunio2012/11-NOMENCLATURA.pdf>
20. Jaramillo, J., & López, R. (2014). Determinación de la Calidad de Vida de los pacientes con Trastornos Venosos Crónicos de miembros inferiores mediante aplicación del cuestionario de Insuficiencia venosa (CIVIQ_14) en un estudio multicéntrico en tres hospitales de Quito-Ecuador. *Universidad Central del Ecuador*.
21. Leñero, M., & Solis, G. (2009). Clasificación de los Factores de Riesgo. *UNAM, Facultad de Medicina*. Recuperado el: 27 de Noviembre de 2009. De:
<http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivst/2012/siete2011.pdf>
22. Lozano, F., Carrasco, E., & Díaz, S. (2012). Estudio de Calidad de Vida - COP-Qol "Calidad de Vida Insuficiencia Venosa Crónica" - Estudio C-Vives. Correlación médico-paciente. *Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular*, 4-44. De:
https://www3.faes.es/area_medica/imagenes/publicaciones/12-Estudio_C-Vives_559.pdf
23. Luis, D. A. (2008). *SISBIB*. Recuperado el 24 de Agosto de 2014, de
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/Cap_24-1_Enfermedades%20del%20Sistema%20Linf%C3%A1tico.htm
24. Marín, C. (2008). Como hacer radio sobre estilos de vida saludable. *Plan de formación en Radio Comunitaria*, 1-76. Recuperado el: 26 de Julio de 200. De:
<http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo1/28.pdf>
25. Mege Navarrete, M. (s.f.). *Facultad de medicina Universidad de Chile*. Recuperado el 24 de Agosto de 2014, de
http://www.basesmedicina.cl/vascular/insuficiencia_venosa/contenidos.htm
26. Merletti, F., Solkolne, C., & Vineis, P. (2000). Epidemiología y Estadística. En *Enciclopedia de Salud y Seguridad del Trabajo* (págs. 28.1-28.43). De:
http://issuu.com/redial/docs/modulo_c_9_-_estilos_de_vida_saluda

27. Organización Mundial de la Salud. (2015). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/topics/tobacco/es/>
28. Ortiz, Z., Esandi, M. E., & Bortman, M. (2004). *Epidemiología básica y Vigilancia de la Salud*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado en: 2001 De: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/ministerio/presec-2012/epidemiologia-basica-y-vigilancia-modulo-3.pdf>
29. Raffetto, J., & Khalil, R. (2008). Mechanisms of varicose vein formation: valve dysfunction and wall dilation. *Phlebology*, 85-98. Recuperado el: 02 de Agosto de 2007. De: <http://www.vsaveins.com/wp-content/uploads/2013/01/BasicScience-Mechanisms-of-VV-Formation-Raffetto-J-Phlebology-2008.pdf>
30. Roche, E., & Puig, A. (2012). *Clínica Vascular Barcelona*. Recuperado el 29 de Septiembre de 2014, de <http://www.vascularbarcelona.com/especialidades/flebologia/14>
31. Thrush, A., & Hartshorne, T. (2005). Pheripheral vascular Ultrasound. Why and When. *Elsevier*, 24-198. De: [http://mariorad.com/books/Ultrasound/040%20Thrush_A.,_Hartshorne_T._Peripheral_Vascular_Ultrasound_\(2ed.,_Elsevier,2005\)\(ISBN_0443072833\)\(244s\).pdf](http://mariorad.com/books/Ultrasound/040%20Thrush_A.,_Hartshorne_T._Peripheral_Vascular_Ultrasound_(2ed.,_Elsevier,2005)(ISBN_0443072833)(244s).pdf)
32. World Health Organization. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Ginebra. De: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf
33. World Health Organization. (2011). *Global status report on noncommunicable disaeses 2010*. Ginebra. De: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf

CITAS BIBLIOGRÁFICAS BUSCADORES BASE DE DATOS UTA

1. **PROQUEST:** Diario San Diego. (15 de Febrero de 2011). Afirman que obesidad y sedentarismo pueden desarrollar várices. *Diario San Diego*, págs. 1-4. De: <http://search.proquest.com/docview/851736293/D089F533BB14961PQ/1?accountid=36765>
2. **PROQUEST:** García Jorge. (16 de Marzo de 2013). Várices: Las sufren cada vez más. *Diario El Norte*. 1-5. De: <http://search.proquest.com/docview/1317193337/9855C943E9C54204PQ/1?accountid=36765>
3. **SPRINGER:** Janssen A., Leeuw F., Janssen F. (2010). Risk factor for ischemic stroke and transientischemic attack in patients under age 50. *Springer*. 85-91. Recuperado en: Enero de 2011. De: <http://link.springer.com/article/10.1007/s11239-010-0491-3>

4. **PROQUEST:** Morén Patricia. (2009). La escleroterapia con microespuma ayuda a resolver varices inoperables y las que sufren pacientes añosos. *Diario Médico*. 1-4. Recuperado el: 30 de Enero de 2009. De: <http://search.proquest.com/docview/434258569/DA00A66BF9D546BBPQ/1?accountid=36765>
5. **PROQUEST:** Notimex. (2013). Bajar de peso y hacer ejercicio reduce riesgo de insuficiencia venosa. *Notimex*, 1-2. Recuperado en: Mayo de 2013. De: <http://search.proquest.com/docview/1355671260/D4EB3D0FEFA94E58PQ/1?accountid=36765>

ANEXOS

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Documento de Consentimiento Informado para realizar encuesta acerca de Insuficiencia Venosa Superficial

Este formulario de Consentimiento Informado se dirige a hombres y mujeres que son atendidos por primera vez con un diagnóstico de Insuficiencia Venosa Superficial en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo y que se les invita a participar en la investigación de “La Insuficiencia Venosa Superficial y su relación con los estilos de vida”

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

Yo soy Francisco Mendoza Viteri, estudiante de Medicina de la Universidad de Guayaquil. Me encuentro investigando sobre la Insuficiencia Venosa Superficial (Varices), que es muy común en nuestro país. Le voy a dar información e invitarle a participar en esta investigación. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, me para según le informo para darme tiempo a explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

La Insuficiencia Venosa Superficial o conocida como Varices, es una de las enfermedades más comunes en nuestra población. Sin embargo, no se conocen valores reales del número de pacientes y la relación de los estilos de vida de la población con la enfermedad. De hecho la investigación toma la iniciativa en este tema. Razón por la que averiguar a cerca de los estilos de vida que poseen los pacientes con dicha enfermedad es una prioridad.

Esta investigación incluirá la interrogante sobre varios factores de su diario vivir. Estamos invitando a todos los adultos con Varices que son atendidos por primera vez en el HTMC para participar en la investigación sobre sus los estilos de vida.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en este hospital y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aún cuando haya aceptado antes.

Nosotros no compartiremos la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie sino los investigadores tendrán acceso a verla. Lo datos no serán compartidos ni entregados a nadie excepto a la Universidad de Guayaquil y Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público. No se compartirá información confidencial. Habrá pequeños encuentros en la comunidad y estos se anunciarán. Después de estos encuentros, se publicaran los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación.

Usted no tiene por qué tomar parte en esta investigación si no desea hacerlo. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar con la siguiente persona:

Francisco Mendoza Viteri N° Telf. 0996373977

He sido invitado a participar en la investigación de los estilos de vida en relación con las varices. Entiendo que deberé contestar a varias preguntas a cerca de mi estilo de vida. He sido informado de que no existen riesgos. Sé que puede que no haya beneficios para mi persona. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y número que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha (Día/mes/año) _____

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo _____ Huella dactilar del participante

Firma del testigo _____

Fecha (Día/mes/año) _____

Francisco Javier Mendoza Viteri

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado.

ANEXO N° 2

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

Objetivo: Recolectar datos relacionados a los antecedentes y estilos de vida de los pacientes con insuficiencia venosa superficial que acuden a la consulta externa del HTMC.

- EDAD: 26-35
1. () 36-45 () 46-55 () 56-65 () >65 ()
- SEXO: FEMENINO
2. () MASCULINO ()
3. IMC: 25-29.9 () 30-34.9 () 35-39.9 () () >40
- ¿EXISTE EN SU FAMILIA OTRAS PERSONAS CON SU MISMA
4. PATOLOGÍA?
- SI: () NO: ()
- ¿REALIZA UD. EJERCICIO FÍSICO DE MANERA
5. FRECUENTE?
- SI: () NO: ()
- ¿PERMANECE SENTADO O PARADO POR MAS DE 6 HORAS AL
6. DÍA?
- SI: () NO: ()
- ¿TIENE UD. ANTECEDENTES DE TROMBOSIS
7. VENOSA?
- SI:() NO:()
- ¿UD.
8. FUMA?
- SI:() NO:()
- ¿UD.
9. TOMA?
- SI:() NO:()

