

**CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN PACIENTES CON
INSUFICIENCIA VENOSA MIXTA LUEGO DE
VARICOSAFENECTOMIA**

AUTORES

Dra. JENNY ALEXANDRA SÁNCHEZ MONROY

Residente de Cirugía General

DR. JULIO NARANJO GÁLVEZ

Médico – Especialista en Cirugía General y Cirugía Vascul Periférica

ASESOR METODOLÓGICO

Dra. LAURA CATALINA PRIETO PINTO

Médico Epidemiólogo

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY

SERVICIO CIRUGÍA GENERAL

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO

FACULTAD DE MEDICINA - DEPARTAMENTO QUIRÚRGICO

BOGOTA, 2012

TABLA DE CONTENIDOS

SALVEDAD	3
AGRADECIMIENTOS	4
1. INTRODUCCIÓN	6
2. JUSTIFICACION	8
3. RESUMEN.....	10
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
5. PREGUNTA DE INVESTIGACION	13
6. MARCO TEORICO.....	14
7. OBJETIVOS	21
7.1 OBJETIVO GENERAL	21
7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
8. ASPECTOS METODOLÓGICOS	22
8.1 TIPO DE ESTUDIO.....	22
8.2 POBLACION - MUESTRA.....	22
8.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	22
8.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	23
8.5 RECOLECCIÓN DE DATOS	23
8.6 CONTROL DE SESGOS.....	27
9. PROCEDIMIENTO Y ASPECTOS ESTADÍSTICOS	28
9.1 ASPECTOS ÉTICOS.....	28
10. CRONOGRAMA.....	30
11. PRESUPUESTO	31
12. RESULTADOS.....	32
13. DISCUSION	41
14. CONCLUSIONES	43
15. ANEXOS	44
ANEXO 1 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	44
ANEXO 2 ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA SF 36	51
ANEXO 3 CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA CIVIQ 20	46
16. BIBLIOGRAFIA.....	49

SALVEDAD

“La Universidad del Rosario no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

AGRADECIMIENTOS

El autor expresa sus más sinceros agradecimientos a todos los que contribuyeron para que este trabajo fuera posible, a mi tutor y a mi asesor metodológico por toda su colaboración, orientación y apoyo.

**Dedicado a todos los profesores del servicio de Cirugía General del Hospital
Occidente de Kennedy**

A mis compañeros residentes de cirugía general

A mis padres, hermanos y novio por su constante apoyo

1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad venosa crónica tiene una alta prevalencia a nivel mundial, y así mismo en nuestra población; se constituye como una patología con un gran espectro de sintomatología que va desde dolor crónico, pesadez, edema, dilataciones varicosas y cambios en la pigmentación de la piel, hasta úlceras con sobre infección, generando múltiples consultas al servicio de urgencias e incapacidad laboral que algunas veces puede ser permanente [1].

Cerca del 20 al 60% de la población con insuficiencia venosa superficial tiene un componente de insuficiencia venosa profunda [2]. Existe una fuerte relación entre insuficiencia venosa superficial e insuficiencia venosa profunda según la teoría del “sobre flujo”, la cual propone que con el paso del tiempo, el exceso de volumen refluye desde el sistema superficial, a través de las venas perforantes hacia el sistema profundo, generando dilatación a nivel de éste último, produciendo complicaciones tales como trombosis venosa profunda, tromboflebitis y úlceras. Varios estudios proponen a la cirugía de varicosafenectomía como un tratamiento efectivo para esta condición, mejorando hasta en un 30% la insuficiencia venosa profunda [3-4-5], y posiblemente previniendo sus complicaciones.

En los últimos años, la implementación de medidas para el conocimiento de la calidad de vida en salud ha tomado mayor importancia, convirtiéndose en un aspecto de gran interés para la evaluación del estado de salud de la población.

Su definición establece un concepto multidimensional que incluye componentes físicos, emocionales y sociales, el cual es referido a partir de las experiencias subjetivas de las personas sobre su salud global.

Teniendo en cuenta la definición de *salud* de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad [6,7], la enfermedad venosa crónica genera un impacto negativo en la calidad de vida.

Se han desarrollado estudios acerca de la percepción de calidad de vida en la enfermedad venosa crónica, utilizando diversos instrumentos de medición; sin embargo, no se ha evaluado el impacto de la safenectomía para el tratamiento de la insuficiencia venosa mixta en relación a los cambios generados en dicho parámetro.

En nuestro país no se acostumbra realizar varicosafenectomía en los pacientes con insuficiencia venosa mixta, con la creencia que esto exacerba el problema a nivel profundo, sin embargo, existe evidencia de mejoría de la insuficiencia venosa profunda mediante dúplex en un 30-80% de los pacientes [4,5,8].

En el presente estudio se evaluó la percepción de calidad de vida en salud en pacientes con diagnóstico de insuficiencia venosa mixta a quienes se les realizó varicosafenectomía, mediante la aplicación del cuestionario validado para población hispana SF-36, el cual mide el estado multidimensional de salud y su evolución en el tiempo, y el cuestionario específico de calidad de vida en enfermedad venosa crónica, CIVIQ-20, ya usado previamente como instrumento en varios estudios para dicha patología en países iberoamericanos [9].

2. JUSTIFICACION

La enfermedad venosa crónica afecta aproximadamente a 2.5 millones de personas en EEUU y tiene un importante efecto sobre las actividades diarias y la calidad de vida [10]. Hasta el 2002 no se habían realizado muchos estudios que relacionaran calidad de vida con la enfermedad venosa crónica, ya que se creía que la safenectomía tenía un mayor efecto cosmético, comparado con las modificaciones en la calidad de vida relacionadas con los aspectos físicos, mentales y sociales del paciente.

Estudios iniciales con series de más de 1500 pacientes en EEUU y Europa demostraron que los efectos de la enfermedad venosa sobre el aspecto funcional de la calidad de vida no son solamente de tipo emocional, sino también físicos, dejando a un lado la creencia que la cirugía de enfermedad venosa sea sólo con fines cosméticos [2,11].

Existe una fuerte relación entre insuficiencia venosa superficial y profunda; reportándose datos de incidencia que van desde el 20% al 60% en pacientes con insuficiencia venosa crónica[2]. Basados en la teoría del sobre-flujo descrita por Fisher, se han realizado varios estudios que muestran mejoría del problema venoso profundo posterior a la cirugía del sistema venoso superficial mediante la técnica de varicosafenectomía convencional, con tasas de mejoría de úlceras que van desde el 20% al 80% [4,12]. Este amplio margen deja a la deriva la indicación de cirugía en pacientes con insuficiencia venosa mixta, ya que algunos cirujanos generales y vasculares se aferran a la teoría que la cirugía de varicosafenectomía empeora el problema a nivel del sistema venoso profundo.

En nuestro país no se realiza de manera rutinaria cirugía a los pacientes que presentan problema venoso mixto; sin embargo, en un trabajo realizado previamente por el investigador y colaboradores, se demostró una tasa de mejoría del 77% de la insuficiencia venosa profunda medida por dúplex, además de la disminución de complicaciones como tromboflebitis, úlceras y trombosis venosa profunda. Por esta razón, es interesante evaluar si esta mejoría es también extrapolable a los cambios en la percepción de la calidad de vida, dando así otra justificación para la realización del procedimiento.

Este trabajo supone que al mejorar la insuficiencia venosa superficial con la realización de la cirugía, los pacientes tendrán una mejor percepción de calidad de vida, tanto en el aspecto físico, como en el psicológico y social. Además buscamos calificar otro aspecto importante en los resultados de enfermedad venosa tales como la mejoría en la calidad de la piel, teniendo en cuenta que este síntoma es una queja frecuente en los pacientes que sufren esta patología, ya que al mejorar este aspecto se pone a la varicosafenectomía como una cirugía con fines cosméticos [2,11].

3. RESUMEN

CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA VENOSA MIXTA LUEGO DE VARICOSAFENECTOMIA

Naranjo Galv3ez Julio M.D

S3nchez Monroy Jenny Alexandra M.D

INTRODUCCI3N: Estudios demuestran la mejor3a de la insuficiencia venosa profunda luego de realizar varicosafenectom3a, la amplia brecha entre resultados positivos (30-70%) deja en cuestionamiento la realizaci3n de cirug3a para esta condici3n. Sin embargo, la mejor3a en la calidad de vida en el postoperatorio pudiera ser otra raz3n para realizar varicosafenectom3a en pacientes con insuficiencia venosa mixta.

METODOLOG3A: Se realiz3 un estudio de corte transversal en pacientes con diagn3stico de insuficiencia venosa mixta llevados a varicosafenectom3a. En el periodo post operatorio se practicaron encuestas de calidad de vida de tipo gen3rico y espec3fico realizando un an3lisis uni y bivariado de dicha informaci3n mediante el programa Stata.

RESULTADOS: Se obtuvieron 60 pacientes, al practicar las encuestas de calidad de vida se encontraron datos estad3sticamente significativos ($p 0.04$) en la percepci3n de su salud con respecto al a3o anterior y escalas de las encuestas referentes a estados generales de salud como funci3n f3sica y vitalidad. Adicionalmente, se encontr3 mejor3a en el estado de la piel y no se evidenciaron complicaciones tales como Tromboembolismo pulmonar o Trombosis venosa profunda.

CONCLUSIONES: Los resultados del presente estudio demuestran que la mayor parte de los pacientes luego de varicosafenectom3a tienen una buena percepci3n de calidad de vida en salud, reflejada en las altas puntuaciones en la mayor3a de las escalas de la SF-36, y los bajos puntajes en el cuestionario espec3fico de insuficiencia venosa. La mejor3a en la piel de la mayor3a de los pacientes en el periodo postoperatorio y la m3nima presencia de complicaciones como TEP o TVP hacen que la remoci3n de los troncos safenos incompetentes en este tipo de pacientes pueda establecerse como indicaci3n quir3rgica.

PALABRAS CLAVE: Calidad de vida, Insuficiencia venosa cr3nica.

ABSTRACT

QUALITY OF LIFE IN HEALTH IN PATIENTS WITH MIXED VENOUS INSUFFICIENCY AFTER SAPHENOUS VEIN SURGERY

Naranjo Galv3ez Julio M.D

S3nchez Monroy Jenny Alexandra M.D

BACKGROUND: Studies show the improvement of deep venous insufficiency after saphenous vein surgery, the wide gap between positive results (30-70%) makes questioning the performance of surgery for this condition. However, the improvement in quality of life in the postoperative period might be another reason for surgery in patients with mixed venous insufficiency.

METHODS: We performed a cross sectional study in patients with mixed venous insufficiency after saphenous vein surgery. In the postoperative period were carried out quality of life surveys type specific and generic performing a uni and bivariate analysis of this information was made through Stata program.

RESULTS: We obtained 60 patients, by practicing the quality of life surveys we found data statistically significant (p 0.04) in the perception of their health over the previous year and scales of the surveys on general states of health and physical function and vitality. It was also found improvement in skin condition and showed no complications such as pulmonary embolism or deep vein thrombosis

CONCLUSIONS: The results of this study demonstrate that most patients after saphenous vein surgery have a good perception of quality of life in health, reflected in high scores on most scales of the SF-36, and low scores on the specific questionnaire venous insufficiency. The improvement in the skin of most patients in the postoperative period and the minimal presence of complications such as pulmonary embolism or DVT makes the removal of incompetent saphenous trunks in these patients can be established as a surgical indication

KEY WORDS: Quality of life, Chronic venous insufficiency.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dado que un 25 a 30% de la población mundial presenta algún grado de insuficiencia venosa crónica, existe deterioro en la percepción de la calidad de vida, especialmente a medida que progresa el grado de insuficiencia de acuerdo a la clasificación clínica, etiológica, anatómica y fisiopatológica (CEAP).

El 1% de la población mundial tiene una úlcera venosa activa, que se encuentra relacionada con alguna forma de insuficiencia venosa profunda, lo que conlleva a que muchos cirujanos tomen la conducta de excluir a dichos pacientes de cualquier posibilidad terapéutica de resección de los troncos venosos superficiales patológicos, sin que exista evidencia estadísticamente significativa que justifique dicha conducta. Muchos de estos grupos quirúrgicos han considerado que el reflujo de los ejes del sistema profundo en los miembros inferiores produce necesariamente trombosis venosa profunda inevitable en el periodo post operatorio.

El manejo de la enfermedad venosa crónica tiene un costo aproximado de 400 libras (479 mil euros) por año [13] sin contar las múltiples incapacidades laborales que genera.

Actualmente, luego del planteamiento de calidad de vida como una medida en salud importante para determinar el efecto de la enfermedad en la actividad diaria, se han realizado varios estudios que evalúan calidad de vida y enfermedad venosa crónica, que muestran un alto impacto a nivel de las actividades sociales; sin embargo, no se han realizado estudios que correlacionen la percepción de la calidad de vida con el manejo de insuficiencia venosa mixta tras realización de cirugía, por lo cual se hace interesante investigar el efecto de un procedimiento terapéutico para una enfermedad con buena tasa de mejoría luego de varicosafenectomía.

5. PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Existen cambios clínicos y en la percepción de la calidad de vida posterior a la realización de la cirugía de varicosafenectomía en pacientes con insuficiencia venosa mixta?

6. MARCO TEORICO

La literatura sobre enfermedad venosa crónica se remonta a la Grecia antigua cuando Hipócrates en el año 400 a.C daba manejo a las úlceras venosas; pero no fue sino hasta el año 1.450 cuando Leonardo da Vinci describió su anatomía. Luego en 1.600 Fabricius detalló las válvulas y William Harvey, su alumno, basado en la teoría de la circulación sanguínea ilustró las válvulas venosas. Soldados romanos manejaban el edema de los pies y el discomfort, por las largas jornadas en bipedestación, envolviéndose con trapos apretados sus tobillos. En 1850 y 1890 Trendelenburg y Brodie describieron el reflujo venoso superficial y profundo. Hacia 1900 se desarrolló la primera cirugía para la vena safena por Trendelenburg, marcando el comienzo de la cirugía vascular moderna para este problema. En el siglo XX con los aportes de Homans, Linton y Bauer, entre otros, se desarrolló un mejor entendimiento de la fisiología y la historia natural de la insuficiencia venosa, dando importancia a la compresión graduada como manejo de la enfermedad crónica, concepto ampliado por el ingeniero Conrad Jobst hacia 1950. Sin embargo, incluso hoy en día hay pocos estudios científicos acerca de la insuficiencia venosa crónica [14,15].

La enfermedad venosa de miembros inferiores tiene un amplio espectro que va desde el dolor crónico hasta cambios en la piel con ulceración. Afecta al 1% de la población general, con una incidencia de úlceras de 400.000 a 500.000 personas con la enfermedad [1]. Esto tiene una gran implicación no solo para el manejo clínico y/o quirúrgico sino constituye una problemática para la calidad de vida de los pacientes que sufren la enfermedad. En nuestro medio se deja a un lado la realización de varicosafenectomía cuando los pacientes muestran insuficiencia venosa mixta dejándolos a la deriva sin cambios en su aspecto estético ni mejorando la sintomatología secundaria a la enfermedad.

Varios estudios han demostrado que el tener insuficiencia venosa superficial puede ser causal de insuficiencia venosa profunda bajo la denominada teoría del “sobre flujo”, esta teoría propone que el exceso de volumen que refluye desde el sistema venoso superficial

hacia el profundo por el sistema de perforantes causa una dilatación progresiva del sistema profundo por incompetencia progresiva de las válvulas del sistema profundo. Además se ha visto que el manejo quirúrgico del sistema superficial puede mejorar la insuficiencia profunda al menos en un 30% de los pacientes [3,4,5] y algunos estudios evidencian tasas de mejoría hasta un 80% a 90% [4] y curación de úlceras hasta en un 77% [12].

Teniendo presente que en Estados Unidos y Europa, la enfermedad venosa crónica tiene una prevalencia del 70% en mujeres y del 40% en hombres, y una asociación de insuficiencia venosa profunda con insuficiencia venosa superficial de un 20 a 60% [16], se hace evidente que los pacientes con esta enfermedad presenten una amplia gama de signos y síntomas que van desde telangiectasias, dolor crónico, edema, pesadez, hormigueo y pigmentación de la piel hasta úlceras con sobreinfección que generan incapacidad física. Se estima que aproximadamente un 50% de los pacientes con enfermedad varicosa desarrollaran complicaciones como trombosis venosa profunda, tromboflebitis y úlceras haciendo que el manejo de la insuficiencia venosa mixta sea de gran importancia en la prevención de estas complicaciones y en el mejoramiento de la calidad de vida.

El dúplex es el examen de elección para confirmar el diagnóstico de insuficiencia venosa mixta [17], en base a éste se han referenciado las tasas de mejoría de la insuficiencia venosa profunda al realizar varicosafenectomía, sin embargo estos rangos son amplios (del 30 al 80% en diferentes estudios) haciendo que los cirujanos generales y vasculares en nuestro país no la realicen de rutina a los pacientes con insuficiencia venosa mixta. Sin embargo, se ha visto que si hay cambios en la calidad y estilos de vida haciendo pensar que este procedimiento pudiese convertirse en mandatorio para este tipo de pacientes. Se ha reportado mejoría en la cicatrización de úlceras varicosas post safenectomía en un 77% con mejoría de la insuficiencia venosa profunda en un 49% [8].

Estudios como el ESCHAR y el de van Gent en donde se compara la cirugía de safenectomía con el manejo médico con compresión continua para el tratamiento de úlceras varicosas activas (CEAP 6) evidenciaron mejorías en la tasa de recurrencia de las úlceras en el grupo de cirugía poniendo a la calidad de vida como parte importante en la recomendación para el manejo quirúrgico [13].

El manejo de la enfermedad venosa crónica tiene un costo aproximado de 400 libras (479 mil euros) por año [13] sin contar las múltiples incapacidades laborales que genera.

En el Reino Unido se realizan aproximadamente 80.000 operaciones de enfermedad venosa al año, con indicaciones quirúrgicas que van desde preocupaciones cosméticas hasta úlceras venosas crónicas, con un 20% de cirugías realizadas por enfermedad recurrente. Para evaluar el éxito de un procedimiento quirúrgico tradicionalmente se mide la morbilidad y mortalidad del mismo; sin embargo, hoy en día con mayor frecuencia es más importante la percepción del paciente de su mejoría clínica como medida de éxito tras un manejo ofrecido. En la enfermedad venosa crónica la gran mayoría de pacientes tienen un efecto positivo en cuanto a su calidad de vida luego de la realización de safenectomía, observando que entre más síntomas presenten en el período pre operatorio tendrán mayor mejoría de los mismos en un lapso de 2 años [18].

Hasta el 2002 no se habían realizado muchos estudios que relacionaran Calidad de vida con Enfermedad venosa crónica, ya que la creencia era que la safenectomía tenía más un efecto cosmético que algo que mejorara la calidad de vida en relación a su parte física y mental que afectara su diario vivir. Estudios iniciales con series de más de 1500 pacientes en EEUU y Europa demostraron que los efectos de la enfermedad venosa sobre el aspecto funcional de la calidad de vida no son solo de tipo emocional sino físicos dejando a un lado la creencia que la cirugía de enfermedad venosa sea únicamente con fines cosméticos [2,11].

El aumento en la expectativa de vida y de las condiciones de la misma, obliga hoy día a buscar una medida que tenga en cuenta la percepción del individuo de su estado de salud-enfermedad. La información que proporcionan estas nuevas medidas permite identificar distintos estados de morbilidad y bienestar, valorar el impacto de distintos tratamientos e intervenciones en salud, identificar las características sociodemográficas de la población de estudio y la forma en que repercute el estado de salud-enfermedad en el ámbito biológico, psicológico y social [6].

La mayoría de los autores consideran que la calidad de vida en salud es un concepto subjetivo y multidimensional, considerando que la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino que también se asocia a otros factores [6,19]. El concepto de calidad de vida se basa en una sensación de bienestar que integra las percepciones subjetivas y personales del “sentirse bien”. El origen de este concepto se remonta al año 1948 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como el completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad [6,7]. Sin embargo, pacientes con las mismas condiciones en cuanto al diagnóstico y momento evolutivo, pueden tener percepciones distintas de su estado de salud. A raíz de esto, desde la década de 1980, se presenta la necesidad de definir y estudiar la calidad de vida. La definición más útil es la de Shumaker y Naughton, quienes unificaron conceptos previos y conceptuaron la calidad de vida como: “La evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, sobre la capacidad del individuo para mantener un nivel de funcionamiento que le permite realizar las actividades que le son importantes, y que afectan a su estado general de bienestar”. Las dimensiones más importantes que incluyen esta definición son el funcionamiento social, físico y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal, y el bienestar emocional. Esta definición parte de la percepción que tiene el individuo sobre su estado de salud-enfermedad y es utilizada con frecuencia como sinónimo del concepto de salud auto percibida, que ha demostrado ser útil como predictor de la mortalidad [6,19].

Considerando que las expectativas de salud, el soporte social, la autoestima y la habilidad para competir con limitaciones y discapacidad pueden afectar la calidad de vida, dos personas con el mismo estado de salud tienen diferente percepción personal de su salud. En este sentido, la calidad de vida no debe evaluarse por el equipo de salud, ni extrapolarse de un paciente a otro. En este contexto, es el paciente quien debe emitir el juicio perceptivo de calidad de vida. Se ha evaluado calidad de vida en diversos grupos con diferentes padecimientos y con distintos instrumentos [20].

El concepto de salud está fundamentado en un marco biológico, psicológico, social, económico y cultural, teniendo en cuenta los valores positivos y negativos que afectan a nuestra vida, nuestra función social y nuestra percepción; por ello, la redefinición del concepto de salud es de naturaleza dinámica y multidimensional. El concepto de cirugía (y

sus especialidades) tampoco es estático. Históricamente, la cirugía se ha ido transformando desde una actividad empírica hacia una ciencia médica. Su desarrollo científico y técnico ha sido tan extraordinario, que en los últimos años es la cirugía la que reta a otras ciencias médicas, orientando incluso los objetivos de investigación. Son claros ejemplos los trasplantes o los implantes. Los resultados en cirugía se han medido tradicionalmente mediante tres parámetros básicos: mortalidad operatoria, morbilidad inmediata y supervivencia. En la actualidad, los cirujanos cada vez muestran mayor interés por conocer el verdadero impacto de las enfermedades y la eficacia de sus intervenciones quirúrgicas; así, actualmente es habitual observar cómo, en muchos estudios quirúrgicos, el término calidad de vida ilustra la perspectiva del paciente [21].

La calidad de vida como medida de resultados es primordial en los estudios de diagnóstico y tratamiento, siendo responsable de importantes cambios clínicos. El alivio de los síntomas y prolongar la sobrevida son objetivos primarios de cualquier intervención, lo que debe ir de la mano de la mejoría del bienestar del paciente. Hay que entender que la calidad de vida: “Es el efecto funcional de una enfermedad y su consecuente terapia, percibido por el paciente”. Los efectos funcionales son estandarizados como limitaciones a nivel físico, psicológico y en el aspecto social. Existen numerosos estudios acerca de la etiología, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad venosa crónica, así como muchos de la costo-efectividad del manejo, pero son pocos los que han examinado el impacto de la enfermedad venosa crónica sobre la calidad de vida [22].

Son varios los instrumentos usados para la medición de calidad de vida y así mismo estos son divididos en dos categorías: los instrumentos genéricos y los específicos para la enfermedad; los primeros son útiles para comparar diferentes poblaciones y padecimientos, pero tienen el riesgo de ser poco sensibles a los cambios clínicos, por lo cual su finalidad es meramente descriptiva. Los instrumentos específicos se basan en las características especiales de un determinado padecimiento, sobre todo para evaluar cambios físicos y efectos del tratamiento a través del tiempo. Estos nos dan mayor capacidad de discriminación y predicción, y son particularmente útiles para ensayos clínicos. De esa manera los genéricos permiten la comparación entre poblaciones de pacientes con diferentes enfermedades, mientras que los específicos son más sensibles para dimensionar

los deterioros en la calidad de vida por la enfermedad específica. Combinar los instrumentos es una buena estrategia para examinar la calidad de vida [22,23].

Con lo anterior surge la pregunta de ¿Cuál cuestionario se debe usar?, y la respuesta depende de la pregunta de investigación del estudio. No hay un “goldstandard” para evaluar la calidad de vida. Debido a que la calidad de vida se basa en mediciones con una carga variable de subjetividad, se requiere de métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables [20]. Sin embargo al evaluar la enfermedad venosa crónica, el instrumento debe tener un dominio de los tres aspectos a examinar: funcionamiento físico, psicológico y social.

Dos instrumentos generales cumplen con estos requerimientos, el NottinghamHealthProfile (NHP) y el Short Form 36 (SF-36) [22,24,25,26,27].

Dentro de los instrumentos específicos se destacan el CIVIQ (firstquality-of-lifescalaspecificctronicvenousinsufficiency) usado en el estudio RELIEF hecho en España, en donde se observó que los pacientes con signos de insuficiencia venosa crónica tenían mermada su calidad de vida por la enfermedad. Así mismo el TaskForce al revisar los estudios de calidad de vida en patología venosa, sólo encontró ocho estudios y, entre los específicos para patología venosa, únicamente CIVIQ es específico para la insuficiencia venosa crónica [27,28].

Para emplear los diferentes instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud disponibles, ya sean genéricos o específicos, se requiere una validación para cada lengua y cada cultura [21].

La encuesta SF 36 proporciona un perfil del estado de salud y es una de las escalas genéricas más utilizadas en la evaluación de los resultados clínicos, siendo aplicable tanto para la población general como para pacientes con una edad mínima de 14 años y tanto en estudios descriptivos como de evaluación. Se trata de un cuestionario auto-administrado, aunque también se ha utilizado administrado mediante un entrevistador en entrevista personal, telefónica o mediante soporte informático. El tiempo de cumplimiento es de 5 a 10 minutos. Consta de 36 ítems que detectan tanto estados positivos como negativos de salud, que conforman 8 dimensiones. Función Física (10), Función Social (2), Rol físico (4), Rol Emocional (3), Salud mental (5), Vitalidad (4), Dolor corporal -intensidad del

dolor y su efecto en el trabajo habitual (2), Salud General (6). Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem. Para cada una de las 8 dimensiones, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). El cuestionario no ha sido diseñado para generar un índice global. Sin embargo, permite el cálculo de dos puntuaciones resumen mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión: medida sumario física y mental. Para facilitar la interpretación se obtienen también puntuaciones estandarizadas con los valores de las normas poblacionales, de forma que 50 (desviación estándar de 10) es la media de la población general. Los valores superiores o inferiores a 50 deben interpretarse como mejores o peores, respectivamente, que la población de referencia. Se recomienda que tanto la recodificación de ítems como la puntuación de las escalas se haga en un ordenador utilizando los algoritmos de puntuación documentados o el software disponible [29].

La encuesta SF-36 ya ha sido validada al español, siendo utilizada en varios estudios como instrumento genérico validado. En nuestro país se realizó un estudio para evaluar su aplicabilidad a nuestra población adaptando las preguntas a nuestro léxico; se observó que los resultados de validez fueron similares a los obtenidos en otros países, cuando la encuesta incluso se aplicó telefónicamente, mostrando una buena integridad de los datos, concluyendo que este instrumento fue comprendido en la población y que es posible obtener con él información adecuada en diferentes grupos [9].

Así mismo el cuestionario CIVIQ-20 (Chronic Venous Disease Quality of Life Questionnaire) inicialmente creado en francés, se ha traducido a varios idiomas entre ellos el español y ha sido utilizado en diferentes estudios de habla hispana con buenos resultados; mostrando su aplicabilidad en nuestro país [30,31].

Como dijo Abraham Lincoln: “Lo que importa no son los años de vida, sino la vida de los años”.

7. OBJETIVOS

7.1 OBJETIVO GENERAL

Describir las características clínicas y la percepción de la calidad de vida en salud en pacientes con insuficiencia venosa mixta, que consultaron al Hospital Occidente de Kennedy y al consultorio de la práctica independiente del Dr. Julio Naranjo Gálvez en la ciudad de Bogotá, a quienes se les realizó varicosafenectomía en el periodo de tiempo comprendido entre Enero 2006 a Enero de 2012.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar la percepción de la Calidad de Vida en Salud en pacientes con diagnóstico de insuficiencia venosa mixta, quienes recibieron manejo con varicosafenectomía, mediante la encuesta SF-36 y la encuesta CIVIQ-20, validadas en la población de habla hispana.
- Identificar si se presentan complicaciones post operatorias como: trombosis venosa profunda o trombo embolismo pulmonar en pacientes con varicosafenectomía para el manejo de la insuficiencia venosa mixta.
- Describir la mejoría de las condiciones locales de la piel como eczema y la presentación de las ulceraciones venosas de miembros inferiores, en pacientes sometidos a cirugía superficial con presencia de patología venosa profunda.

8. ASPECTOS METODOLÓGICOS

8.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo de corte transversal.

8.2 POBLACION - MUESTRA

El tamaño de la muestra fue calculada por conveniencia, ya que la población total corresponde a 60 pacientes con diagnóstico de insuficiencia venosa superficial y profunda, independiente de su clasificación clínica, que consultaron al Hospital Occidente de Kennedy y al consultorio de la práctica independiente del Dr. Julio Naranjo Gálvez en la ciudad de Bogotá, a quienes se les realizó varicosafenectomía, en el periodo de tiempo comprendido entre Enero 2006 a Enero de 2012.

8.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con insuficiencia venosa superficial y profunda demostrada por clínica y dúplex.
- Paciente con valoración realizada por los investigadores, de las condiciones clínicas pre y post operatorias.
- Pacientes con edades de 18 a 75 años.
- Pacientes sin comorbilidades que pudiesen limitar un procedimiento quirúrgico por riesgo anestésico importante.

- Pacientes sin oclusión total del eje iliofemoropopliteo venoso en el miembro inferior respectivo.

8.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con patología vascular arterial periférica severa (Fountaine IIB, III y IV) asociada.
- Pacientes con radiculopatía lumbosacra severa y/o artropatías que generen limitación funcional.
- Pacientes con registros de historia clínica incompletos.

8.5 RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de los datos se realizó mediante la aplicación telefónica de los cuestionarios de percepción de calidad de vida SF-36 y CIVIQ-20, previo consentimiento verbal. Se explica al paciente la confidencialidad de los datos extraídos de su historia clínica, así como los resultados de las encuestas.

La encuesta SF-36 incluye 36 ítems, distribuidos en 8 dimensiones o escalas de salud percibida, que informan de estados tanto positivos como negativos de la misma. Las preguntas son de respuesta cerrada, con diferentes alternativas según el tipo de pregunta. Para cada dimensión del SF-36, los ítems se codifican, agregan y transforman en una escala con recorrido desde 0 (peor estado de salud) hasta 100 (mejor estado de salud) utilizando los algoritmos e indicaciones que ofrece el manual de puntuación e interpretación del cuestionario, por lo tanto, una mayor puntuación en las diferentes dimensiones indica un mejor estado de salud y/o una mejor calidad de vida.

El cuestionario específico de calidad de vida en insuficiencia venosa crónica, CIVIQ-20 está constituido por 20 preguntas, distribuidas en 4 escalas y un puntaje global; cada escala presenta diferentes puntajes mínimos y máximos en relación al número de preguntas en

cada una de ellas; en este caso, una menor puntuación en las diferentes escalas indica una mejor calidad de vida.

Los datos relacionados con aspectos socio-demográficos (edad, tipo de afiliación, nivel educativo, comorbilidades), se recolectaron mediante un instrumento adicional a las encuestas, y se obtuvieron durante la entrevista por vía telefónica.

Los datos relacionados con aspectos clínicos (características de la piel pre y post quirúrgicas, y la presencia de complicaciones posterior a la varicosafenectomía) se obtuvieron de la revisión de historias clínicas.

La matriz de variables analizadas se describe en las Tablas 1.1, 1.2 y 1.3

Tabla 1.1 MATRIZ DE VARIABLES SF-36

Nombre	Definición conceptual de la variable	Definición operacional	Escala de medición
Función física	Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.	Suma final de los valores de los ítems 3a,3b,3c,3d,3e,3f,3g,3h,3i,3j de la SF-36 después de recodificarlos	Continua
Dolor corporal	Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.	Suma final de los valores de los ítems 7 y 8 de la SF-36 después de recodificarlos	Continua
Rol físico	Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.	Suma final de los valores de los ítems 4a,4b,4c,4d de la SF-36 después de recodificarlos	Continua
Salud general	Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.	Suma final de los valores de los ítems 1,11a,11b,11c,11d de la SF-36 después de recodificarlos	Continua
Vitalidad	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.	Suma final de los valores de los ítems 9a,9e,9g,9i de la SF-36 después de recodificarlos	Continua
Función social	Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.	Suma final de los valores de los ítems 6 y 10 de la SF-36 después de recodificarlos	Continua
Rol emocional	Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.	Suma final de los valores de los ítems 5a,5b,5c de la SF-36 después de recodificarlos	Continua
Salud mental	Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.	Suma final de los valores de los ítems 9b,9c,9d,9f,9h de la SF-36 después de	Continua
Cambio de salud	Calificación del estado de salud comparado con el de hace 1 año.	Mucho mejor ahora que hace un año. Algo mejor ahora que hace un año. Más o menos igual que hace un año. Algo peor ahora que hace un año. Mucho peor ahora que hace un año.	Nominal

Tabla 1.2 MATRIZ DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y CLÍNICAS			
Nombre	Definición conceptual de la variable	Definición operacional	Escala de Medición
Edad	Número de años cumplidos	Año del último cumpleaños	Continua
Sexo	Característica fenotípica que diferencia Hombre de Mujer.	Masculino o Femenino	Nominal
Nivel educativo	Cada una de las etapas que forman la educación de un individuo tomando como base un promedio de edad determinada, el cual al finalizar se le otorga un certificado de acreditación del nivel en cuestión.	Primaria Secundaria Técnico Universitario	Nominal
Comorbilidades	Presencia de enfermedades crónicas	Diabetes Hipertensión Tabaquismo Ninguna, Otras	Nominal
Ocupación	Empleo u oficio	Trabajador Pensionado/Hogar Desempleado	Nominal
Tipo de afiliación	Tipo de afiliación al régimen de salud	Contributivo Subsidiado Vinculado	Nominal
Piel prequirúrgica	Hallazgos clínicos al examen de miembros inferiores previo al procedimiento quirúrgico (varicosafenectomía)	Úlcera, Eczema, Edema, CEAP 1-2, Normal, Más de una característica	Nominal
Piel pos-quirúrgica	Hallazgos clínicos al examen de miembros inferiores previo al procedimiento quirúrgico (varicosafenectomía)	Úlcera, Eczema, Edema, CEAP 1-2, Normal, Más de una característica	Nominal
Bilateral	Paciente quien recibió manejo quirúrgico con varicosafenectomía bilateral o unilateral	Bilateral Unilateral	Nominal
Complicaciones	Presencia de complicaciones como trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar posterior a varicosafenectomía	Tromboembolismo pulmonar, Trombosis venosa profunda, Ninguna	Nominal
Tiempo pos-operatorio	meses o años transcurridos posterior a la varicosafenectomía	meses o años	Continua

Tabla 1.3 MATRIZ DE VARIABLES CIVIQ-20			
Nombre	Definición conceptual de la variable	Definición operacional	Escala de medición
Índice global	Puntuación final del cuestionario	La diferencia entre el puntaje final y el mínimo posible, dividido por la diferencia entre el puntaje máximo y mínimo	Continua
Escala de Dolor	Grado en que la insuficiencia venosa afecta o limita por dolor las actividades cotidianas y el sueño	La diferencia entre el puntaje final de las 4 preguntas de la escala (1,2,3 y 4) y el mínimo posible, dividido por la diferencia entre el puntaje máximo y mínimo	Continua
Escala social	Grado en que la insuficiencia venosa interfiere en la vida social habitual	La diferencia entre el puntaje final de las 3 preguntas de la escala (8,10, y 11) y el mínimo posible, dividido por la diferencia entre el puntaje máximo y mínimo	Continua
Escala física	Grado en que la insuficiencia venosa limita las actividades físicas de la vida diaria como caminar, subir escaleras, o realizar tareas del hogar	La diferencia entre el puntaje final de las 4 preguntas de la escala (5,6,7 y 9) y el mínimo posible, dividido por la diferencia entre el puntaje máximo y mínimo	Continua
Escala psicológica	Valoración del estado de ánimo, considerando la depresión, ansiedad, irritabilidad.	La diferencia entre el puntaje final de las 9 preguntas de la escala (12-19) y el mínimo posible, dividido por la diferencia entre el puntaje máximo y mínimo	Continua

8.6 CONTROL DE SESGOS

En la toma de datos el sesgo se controló mediante la realización de encuestas dirigidas telefónicamente, no dando lugar a confusiones en las respuestas o ítems incompletos, haciendo que la información obtenida fuera clara y completa

9. PROCEDIMIENTO Y ASPECTOS ESTADÍSTICOS

La muestra se seleccionó por conveniencia y la recolección de los datos se realizó mediante la revisión de historias clínicas, y la aplicación del cuestionario de percepción de calidad de vida SF-36 y el cuestionario CIVIQ-20, específico para la evaluación de calidad de vida en insuficiencia venosa crónica. Una vez la información fue recolectada en los formularios específicos, se procedió a la creación de una base de datos en el Software Excel; posterior a su depuración, fue procesada en el programa Stata en su versión 11.

Se realizó un análisis descriptivo uni y bivariado, en donde se calcularon la media y desviación estándar para la descripción de las variables continuas y las proporciones para las variables categóricas. Se contrastaron las variables categóricas mediante la prueba de X^2 y prueba exacta de Fisher.

Se compararon las medias de las puntuaciones de cada categoría en función de sexo, grupo étnico y cirugía bilateral o unilateral mediante la prueba T de Student para muestras independientes de acuerdo a su varianza, y la prueba no paramétrica de Wilcoxon para aquellas variables que no tenían distribución normal, establecida mediante la prueba de ShapiroWilk. Para el análisis de los componentes sumarios de las dimensiones de la SF-36 y CIVIQ-20 en más de 2 grupos se realizó ANOVA de una vía para las variables de distribución normal según su varianza (Bonferroni para varianzas iguales y Sidak para varianzas desiguales), y la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis cuando no se podía asumir normalidad.

9.1 ASPECTOS ÉTICOS

En el presente trabajo cada uno de los participantes fue informado de los objetivos del estudio y su libre participación en éste. Según la resolución 8430 el riesgo es menor que el

mínimo, y se recibe aprobación por parte del Comité de Ética de la Universidad del Rosario.

En el momento de la aplicación de los cuestionarios vía telefónica se solicita al individuo su aprobación verbal para la participación en el estudio, así mismo se explica la confidencialidad de la información registrada en cada encuesta y los datos recolectados de su historia clínica.

10. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	FECHA							
	Abril Mayo de 2011	Junio Julio de 2011	Agosto Octubre de 2011	Nov Dic 2011	Enero Febrero 2012	Marzo 2012	Abril 2012	Mayo 2012
Redacción del Proyecto								
Diseño del objetivo y pregunta								
Presentación de anteproyecto y Aprobación								
Recolección de datos historias clínicas								
Aplicación encuesta SF-36 y CIVIQ-20								
Digitación de información a la sabana de datos								
Utilización de programa estadístico								
Análisis de datos								
Presentación de Proyecto								
Publicación y difusión								

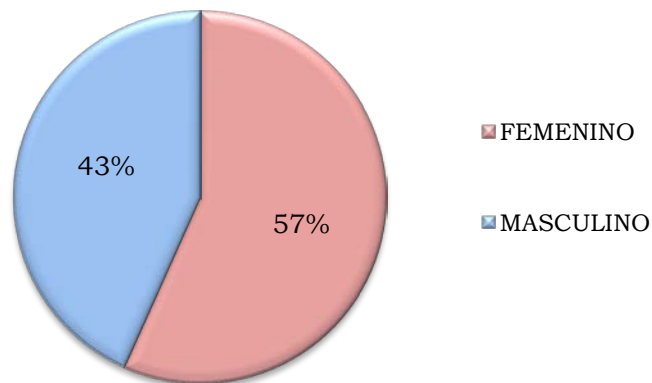
11.PRESUPUESTO

PERSONAL		VALOR
Investigadores	Julio Naranjo	800.000
	Jenny Alexandra Sánchez	600.000
Asesoría Epidemiológica	Laura Catalina Prieto	800.000
MATERIALES		
Equipos	Equipo Portátil HP	1'200.000
Software	Programa estadístico	1'000.000
Papelería	Encuestas SF-36 y CIVIQ-20	60.000
	Impresión, encuadernación	40.000
Llamadas telefónicas	Vía celular, local y larga distancia	200.000
TOTAL		3'900.000

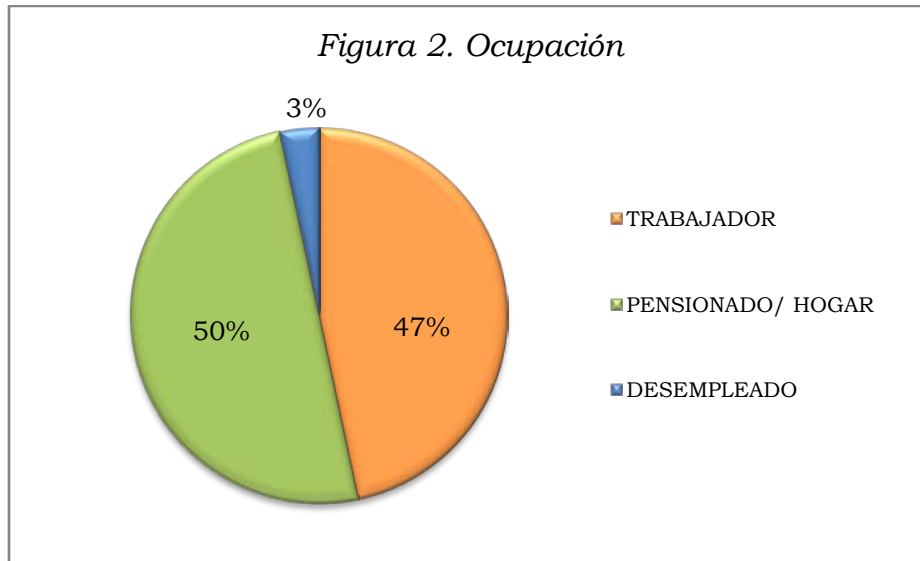
12. RESULTADOS

La muestra del estudio (n=60), está constituida en su mayoría por mujeres (57%), con una edad media de 57.6 años, DE= 10.9. *Figura 1.*

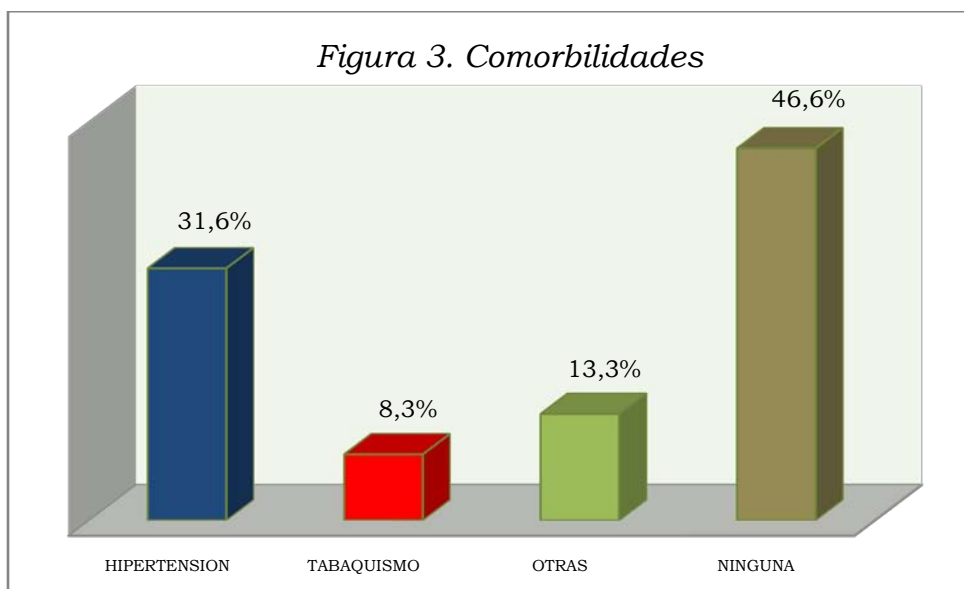
Figura 1. Distribución por sexo



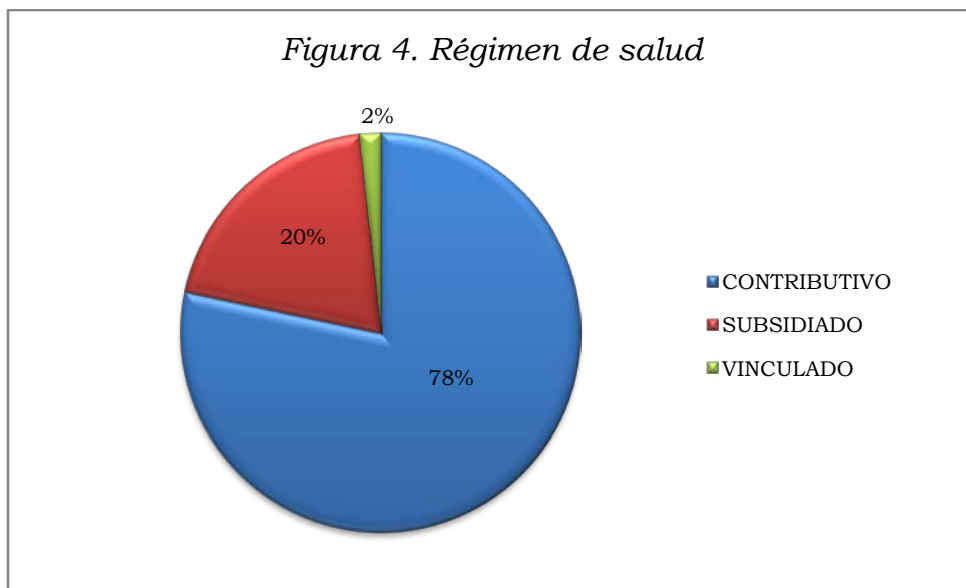
El 50% de los pacientes eran trabajadores, pero solamente el 8.3% tenían estudios universitarios; 43% tenían estudios de primaria, mientras que el 41% culminaron el bachillerato. *Figura 2.*



Aproximadamente el 50% de los pacientes negaron la presencia de comorbilidades; la mayor proporción en las mismas fue la Hipertensión Arterial, con un 31.6%; ninguno refirió Diabetes Mellitus, y dentro de la variable “otras” se encontraron las dislipidemias y patologías tiroideas como las más prevalentes. *Figura 3.*



En relación con el tipo de afiliación al régimen de salud, la mayoría de los pacientes (78%), hacían parte del régimen contributivo, *Figura 4*.



Se obtuvieron los datos en relación a los hallazgos clínicos en piel pre y post quirúrgicos, los cuales se describen en la *Tabla 2*, y *Tabla 3*.

Tabla 2. Características en piel pre quirúrgicas

Hallazgo	Frecuencia	Porcentaje
Úlcera	13	21,6
Eczema	9	15
Edema	13	21,7
Normal	12	20
Más de una característica	13	21,7
Total	60	100

Tabla 3. Características en piel post quirúrgicas

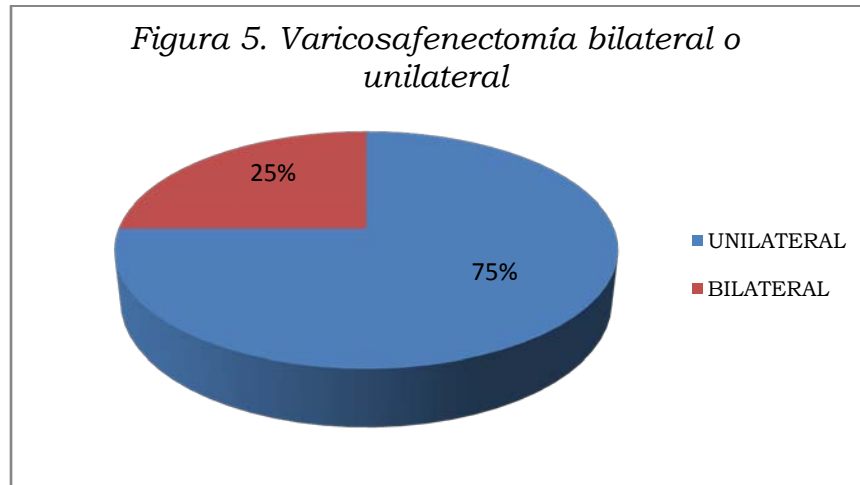
Hallazgo	Frecuencia	Porcentaje
Úlcera	1	1,7
Eczema	2	3,3
Edema	1	1,7
CEAP 1-2	1	1,7
Normal	55	91,7
Total	60	100

Los datos analizados pertenecen a pacientes cuyo procedimiento quirúrgico fue realizado a partir del año 2006; a continuación, en la *Tabla 4* se describe el tiempo transcurrido desde la cirugía, en donde más del 50% de los pacientes presentan 2 años o más de post operatorio.

Tabla 4. Tiempo post operatorio

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
3 meses	3	5
1 año	13	21,7
2 años	17	28,3
3 años	5	8,3
4 años	4	6,7
5 años	4	6,7
6 años	14	23,3
Total	60	100

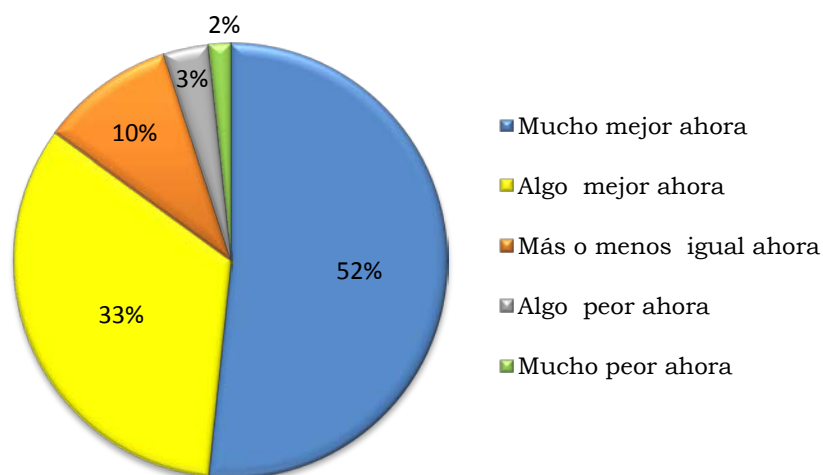
Al 25% de los pacientes se les realiza Varicosafenectomía bilateral, *Figura 5*.



En relación a la variable de complicaciones, determinada por la presencia o ausencia de trombosis venosa profunda (TVP), o tromboembolismo pulmonar (TEP), solamente 1 paciente registra la presencia de TVP posterior al procedimiento.

En la escala de evolución declarada de la salud, en la que se califica la salud actual comparada con la de hace un año, la mayor proporción de pacientes califican su salud mejor a la del año anterior (85%), *Figura 6*.

Figura 6. Evolución declarada de la salud



En la encuesta SF-36, en donde los puntajes más altos hacen referencia a una mejor percepción de calidad de vida, las escalas de rol físico y función social obtuvieron los mayores puntajes con una media de 99.58 y 97.92 respectivamente, y dolor corporal los más bajos, con una media de 81.63. En una alta proporción de las observaciones se encontraron puntuaciones máximas (100), catalogadas como efecto techo, y en ninguna, puntuaciones mínimas (0) catalogadas como efecto suelo.

En relación a la encuesta específica CIVIQ-20, en la cual los menores puntajes se refieren a una mejor calidad de vida, y consecuentemente a un menor impacto en la misma relacionado con la Insuficiencia Venosa, se observan en general puntuaciones bajas en las 4 escalas y el índice global para la mayoría de las observaciones (*Tabla 5*).

Tabla 5. Medidas de tendencia central

	Media	DE
SF-36		
Función física	93,60	10,91
Rol físico	99,58	3,23
Dolor corporal	81,63	18,56
Salud general	82,05	15,27
Vitalidad	87,58	12,50
Función social	97,92	7,00
Rol emocional	94,40	17,61
Salud mental	89,53	12,69
CIVIQ-20		
Índice global	6,41	10,85
Escala de dolor	8,02	7,82
Escala social	6,65	11,45
Escala función física	6,14	11,98
Escala psicológica	4,39	10,48

Cuando se compararon las medias de las puntuaciones de cada dimensión de la encuesta SF-36 con distribución normal, (que corresponde en el presente análisis únicamente a la dimensión de dolor corporal), en función de sexo y grupo etáreo, este último obtenido mediante la estratificación en pacientes menores y mayores de 50 años (Tabla 6), se encontró diferencia significativa en ambas variables.

Para las dimensiones con distribución no normal (Tablas 7, y 8), no se evidencian diferencias significativas en ninguna de las escalas en relación al sexo, grupo etáreo, y varicosafenectomía bilateral.

Tabla 6. Prueba T Student. Muestras independientes, varianzas iguales

	Variable	Diferencia	IC 95%		Valor p
Sexo	Dolor corporal	-80,2	-84,9	-75,4	0,0000
Grupo etáreo	Dolor corporal	-79,9	-84,7	-75,2	0,0000

Tabla 7. Prueba de Wilcoxon ~ No normal (valor p)-SF-36

	Función física	Salud general	Función social	Salud mental	Rol físico	Vitalidad	Rol emocional
Grupo etáreo	0,81	0,681	0,975	0,538	0,479	0,961	0,176
Sexo	0,946	0,452	0,178	0,386	0,381	0,404	0,099
Bilateral	0,854	0,099	0,681	0,153	0,083	0,903	0,434

Tabla 8. Prueba de Wilcoxon ~ No normal (valor p)-CIVIQ-20

	Índice global	Escala de dolor	Escala social	Escala de función física	Escala psicológica
Grupo etáreo	0,482	0,240	0,979	0,603	0,932
Sexo	0,790	0,951	0,098	0,466	0,207
Bilateral	0,130	0,075	0,115	0,377	0,110

La *Tabla 9*, muestra el valor p , resultado del análisis de los componentes sumarios de las dimensiones del cuestionario SF-36 con distribución normal en más de 2 grupos (dolor corporal); se evidencia diferencia significativa entre la presencia de comorbilidades y la puntuación de la escala de dolor corporal, y con la evolución declarada de la salud.

La *Tabla 10*, muestra el valor p para las dimensiones con distribución no normal teniendo en cuenta las consideraciones anteriormente descritas.

Tabla 9. ANOVA de una vía (valor p)

	Ocupación	Afiliación	Nivel educativo	Comorbilidad	Piel pre quirúrgica	Piel pos quirúrgica	Evol. Declarada de la salud
Dolor corporal	0,29	0,27	0,85	0,007	0,774	0,091	0,028

Tabla10. Prueba no paramétrica Kruskal Wallis (valor p)

	Comorbilidades	Evol. Declarada de la salud	Piel Pos quirúrgica
SF-36			
Función física	0,1	0,03	0,08
Rol físico	0,95	0,83	0,99
Salud general	0,02	0,003	0,44
Vitalidad	0,0026	0,001	0,48
Función social	0,5	0,35	0,55
Rol emocional	0,46	0,27	0,55
Salud mental	0,052	0,001	0,34
CIVIQ-20			
Indice global	0,31	0,04	0,16
Escala de dolor	0,89	0,47	0,38
Escala social	0,19	0,47	0,23
Escala física	0,27	0,06	0,13
Escala psicológica	0,07	0,16	0,2

13. DISCUSION

Los resultados del presente estudio demuestran que la mayor parte de los pacientes tienen una buena percepción de calidad de vida en salud, reflejada en las altas puntuaciones en la mayoría de las escalas de la SF-36, y los bajos puntajes en el cuestionario específico de insuficiencia venosa CIVIQ-20; teniendo en cuenta los datos de éste último, se podría inferir una mejoría significativa, tanto en las variables que determinan las funciones físicas como psicológicas, secundarias a la insuficiencia venosa. Puntualmente, cuando se relaciona la percepción de la salud con respecto al año anterior y el índice global del cuestionario CIVIQ-20, se encontraron datos estadísticamente significativos.

Adicionalmente, datos estadísticamente significativos encontrados en el presente estudio se relacionan con cómo los pacientes perciben su salud con respecto al año anterior y escalas de las encuestas referentes a estados generales de salud como función física y vitalidad. Es importante resaltar las diferencias encontradas en estas últimas 2 variables del cuestionario SF-36 en relación con las comorbilidades, las cuales no fueron encontradas en la encuesta específica de insuficiencia venosa crónica; esto debería tenerse en cuenta para posteriores estudios de evaluación de resultados en cirugía venosa, considerando que gran parte de la población con insuficiencia venosa hace parte de los grupos del ciclo vital individual de adultos maduros y adultos mayores, los cuales en general presentan comorbilidades.

En relación al género y la edad, solamente se obtuvieron datos estadísticamente significativos cuando esta categoría se relaciona con la variable de dolor corporal, comportamiento similar al de otros estudios, aunque en general se establece en la literatura que de manera global las mujeres tienen percepciones más negativas de calidad de vida relacionada con la salud que los hombres; es posible que los resultados del presente estudio, en los que en general se evidencia altas puntuaciones en la SF-36 y bajas en el CIVIQ-20 sin diferencias considerables de acuerdo al género o grupo étnico tenga que ver con el objetivo del interrogatorio, en

el que la evaluación se realiza en función de percepción posterior a la cirugía, lo cual era de conocimiento por parte de los pacientes encuestados.

En relación con el análisis del comportamiento de la percepción de calidad de vida, se puede concluir que en todos los pacientes la percepción es buena y registra altos puntajes, independientemente del tiempo transcurrido en el postoperatorio.

Otra variable evaluada en el presente estudio fue el cambio en la piel en el periodo postoperatorio, encontrando que la mayor parte de los pacientes (91%) no presentaban alteraciones considerándose como piel normal luego de cirugía, dato relevante al considerar a la cirugía de varicosafenectomía como procedimiento con fines cosméticos.

Adicionalmente en el presente trabajo se evaluó la presentación de complicaciones postquirúrgicas, específicamente buscábamos si la varicosafenectomía en pacientes con insuficiencia venosa profunda llevaba a un aumento en la posibilidad de presentar o no Tromboembolismo Pulmonar o Trombosis Venosa Profunda, encontrando que esto se presentó únicamente en un paciente, haciendo de este procedimiento seguro en los pacientes de estas características.

Una limitación del presente estudio es que las encuestas de la percepción de calidad de vida en salud se aplicaron posterior al procedimiento quirúrgico. Se considera importante realizar en estudios posteriores la evaluación de la calidad de vida previo y posterior al procedimiento, con el fin de obtener de manera más concreta datos estadísticos que demuestren los cambios en relación a los aspectos biopsicosociales del paciente con respecto a la condición clínica. Así mismo, vemos como restricción en este estudio el poco número de pacientes debido a que en nuestro medio solo hay un cirujano que practica varicosafenectomía en pacientes con la condición clínica de insuficiencia venosa mixta. Se debe guiar un estudio de tipo prospectivo y aleatorizado con un mayor número de pacientes para tener conclusiones de mayor peso estadístico.

14. CONCLUSIONES

La percepción de la calidad de vida medida con instrumentos generales y específicos luego de cirugía de varicosafenectomía en general es buena. Los puntajes bajos arrojados al realizar la encuesta CIVIQ 20 concluyen que los pacientes luego de cirugía no presentan sintomatología de insuficiencia venosa crónica, determinando que el procedimiento quirúrgico es adecuado. No se presentaron complicaciones post quirúrgicas tales como Trombo Embolismo Pulmonar (TEP) o Trombosis Venosa Profunda (TVP), dejando a un lado la creencia que en los pacientes con insuficiencia venosa mixta la cirugía aumenta la posibilidad de estas complicaciones. Adicionalmente se evidenció que luego de cirugía la mayoría de los pacientes que presentaban alteraciones en la piel como úlcera, eczema, CEAP 1-2 o edema mejoraron de forma significativa. La remoción de los troncos safenos incompetentes pudiese llegar a ser una indicación quirúrgica en los pacientes con insuficiencia venosa profunda; sin embargo, debe conducirse un estudio prospectivo, aleatorizado y con más pacientes para que esta premisa tenga mayor peso.

15. ANEXOS

ANEXO 1. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

“CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA VENOSA MIXTA LUEGO DE VARICOSAFENECTOMIA”

1. NOMBRE: _____ TEL: _____

2. CC # _____

3. EDAD: _____

4. GÉNERO: 4.1. FEMENINO ____ 4.2. MASCULINO: ____

5. OCUPACION: 5.1. TRABAJADOR ____ 5.2. PENSIONADO / HOGAR ____

5.3. DESEMPLEADO ____

6. EPS: 6.1. CONTRIBUTIVO ____ 6.2. SUBSIDIADO ____ 6.3. VINCULADO ____

7. NIVEL EDUCATIVO: 7.1. PRIMARIA ____ 7.2. SECUNDARIA ____

7.3. TECNICO ____ 7.4. UNIVERSITARIO ____

8. ENFERMEDADES CONCOMITANTES:

8.1. HTA ____ 8.2. DM ____ 8.3. TABAQUISMO ____

8.4. OTRAS _____ 8.5. NINGUNA ____

9. PIEL: 9.1. PREQX: 9.1.1. ULCERA ____ 9.1.2. ECZEMA ____

9.1.3. EDEMA ____ 9.1.4. CEAP 1-2 ____ 9.1.5. NORMAL ____

9.1.6. MAS DE 1 CARACTERISTICA ____

9.2. POSTQX: 9.2.1. ULCERA ____ 9.2.2. ECZEMA ____

9.2.3. EDEMA ____ 9.2.4. CEAP 1-2 ____ 9.2.5. NORMAL ____

9.2.6. MAS DE 1 CARACTERISTICA ____

10. DUPLEX POP 10.1. IGUAL ____ 10.2. MEJORO ____ 10.3. NO TIENE ____

11. COMPLICACIONES POSTQX: 10.1. TEP ____ 10.2. TVP ____ 10.3. NINGUNA ____

12. ENCUESTA: 11.1. SF 36: 11.1.1. ALTA ____ 11.1.2. BAJA ____

11.2. CIVIQ 20: 11.2.1. ALTA ____ 11.2.2. BAJA ____

ANEXO 2

Cuestionario SF-36 sobre su estado de salud (español, Colombia), versión 1.2			
Instrucciones: las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber como se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.			
Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.			
1. En general, ¿diría usted que su salud es (marque un solo número)			
Excelente?		1	
Muy buena?		2	
Buena?		3	
Regular?		4	
Mala		5	
2. ¿Cómo calificaría usted su estado general de salud actual, comparado con el de hace un año? (marque un solo número)			
Mucho mejor ahora que hace un año		1	
Algo mejor ahora que hace un año		2	
Mas o menos igual ahora que hace un año		3	
Algo peor ahora que hace un año		4	
Mucho peor ahora que hace un año		5	
3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted puede hacer durante un día normal. ¿su estado de salud actual lo/la limita en estas actividades? Si es así, ¿Cuánto? (marque un número en cada línea)			
	Sí, me limita mucho	Si, me limita poco	No, no me limita para nada
a. Actividades intensas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes agotadores.	1	2	3
b. Actividades moderadas, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, trapear, lavar, jugar futbol, montar bicicleta.	1	2	3
c. Levantar o llevar las bolsas de compras	1	2	3
d. Subir varios pisos por las escaleras	1	2	3
e. Subir un piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse, arrodillarse o ponerse en cuclillas	1	2	3
g. Caminar mas de un kilometro (10 cuadras)	1	2	3
h. Caminar medio kilometro (5 cuadras)	1	2	3
i. Caminar cien metros (1 cuadra)	1	2	3
j. Bañarse o vestirse			
4 Durante las últimas cuatro semana, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su salud física? (marque un número en cada línea)			
	SI	NO	
a. ¿Ha disminuido usted el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades?	1	2	
b. ¿Ha podido hacer menos de lo que usted hubiera querido	1	2	
c. ¿Se ha visto limitado/a en el tipo de trabajo u otras actividades?	1	2	
d. ¿Ha tenido dificultades en realizar su trabajo u otras actividades (por ejemplo, le ha costado mas esfuerzo)?	1	2	
5. Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido/a o ansioso/a)? (Marque un número en cada línea)			
	SI	NO	
Nada en absoluto	1	2	
Ligeramente	1	2	
Moderadamente.	1	2	
Bastante	1	2	
Extremadamente	1	2	

ANEXO 3

CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA CIVIQ 20

Muchas personas se quejan de molestias en las piernas. Deseamos saber con qué frecuencia aparecen esas molestias en las piernas y de qué manera afectan en la vida diaria.

A continuación, vamos a enumerar ciertos síntomas, sensaciones o molestias que usted puede o no notar, y que pueden hacer que su vida cotidiana sea más o menos penosa. Por cada síntoma, sensación o molestia enumerados, **le rogamos responda de la siguiente manera:**

Indique si ha notado verdaderamente lo que describe la frase, y si su respuesta es positiva, con qué intensidad. Entre las cinco respuestas previstas, señale con un círculo la que más se adapta a su situación:

- 1 si el síntoma, sensación o molestia descritos no le conciernen,
2, 3, 4 ó 5 si alguna vez se han manifestado con más o menos intensidad (5 = máxima intensidad).

REPERCUSIONES DE LA INSUFICIENCIA VENOSA EN SU VIDA

1) Durante las cuatro últimas semanas, ¿le han dolido los tobillos o las piernas, y con qué <i>intensidad</i>? <i>(Señale con un círculo el número que corresponde a su respuesta).</i>				
Ningún dolor	Dolores Leves	Dolores Medianos	Dolores importantes	Dolores intensos
1	2	3	4	5
2) A lo largo de las cuatro últimas semanas, ¿ en qué medida se sintió ud. molesto(a)/ limitado (a) en su trabajo o en sus actividades habituales diarias a causa de sus problemas de piernas? <i>(Señale con un círculo el número que corresponde a su respuesta).</i>				
Ninguna molestia	Un poco molesto(a)	Moderadamente molesto(a)	Muy molesto(a)	Extremadamente molesto(a)
1	2	3	4	5

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

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

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

Durante las cuatro últimas semanas, ¿en qué medida sus problemas de piernas le han molestado para poder efectuar los gestos o las actividades indicados a continuación? (Por cada proposición que figura en la tabla siguiente, señale con un círculo el número que indica en qué medida le afectó).

	Ninguna molestia	Un poco molesto(a)	Moderadamente molesto(a)	Muy molesto(a)	Extremadamente molesto(a)
4. Estar mucho rato de pie	1	2	3	4	5
5. Subir escaleras (varios pisos)	1	2	3	4	5
6. Ponerse en cuclillas/arrodillarse	1	2	3	4	5
7. Andar con paso ligero	1	2	3	4	5
8. Viajar en coche, en autobús, en avión	1	2	3	4	5
9. Hacer ciertas tareas del hogar (cocinar, llevar un niño en brazos, planchar, limpiar el suelo o los muebles, hacer bricolaje, hacer la compra...)	1	2	3	4	5
10. Ir de bares, al restaurante, a una fiesta, a una boda, de cóctel	1	2	3	4	5

11. Hacer deporte (tenis, fútbol, footing...), realizar esfuerzos físicos importantes	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

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

(Por cada proposición que figura en la tabla siguiente, señale con un círculo el número que corresponde a su respuesta).

	En absoluto	Poco	Moderadamente	Mucho	Completamente
12. Me siento nervioso(a), tenso(a)	1	2	3	4	5
13. Me canso enseguida	1	2	3	4	5
14. Tengo la impresión de ser una carga para los demás	1	2	3	4	5
15. Tengo que tomar precauciones (como estirar las piernas, no estar mucho rato de pie...)	1	2	3	4	5
16. Me apura enseñar mis piernas	1	2	3	4	5
17. Me irrito y me pongo de mal humor fácilmente	1	2	3	4	5
18. Me siento como minusválido(a)	1	2	3	4	5
19. Me cuesta arrancar por la mañanas	1	2	3	4	5
20. No me apetece salir	1	2	3	4	5

16. BIBLIOGRAFIA

1. Tran, N, Meissner, M. *The Epidemiology, Pathophysiology, and Natural History of Chronic Venous Disease*. Seminars in Vascular Surgery. 2002; 15: 5-12.
2. Kaplan R, Criqui M, Denenberg J, Bergan J, Fronck A. *Quality of life in patients with chronic venous disease: San Diego population study*. Journal of Vascular Surgery 2003; 37: 1047-1053.
3. Puggioni A, Lurie F, Kinsner R, Eklof B. *How often is deep venous reflux eliminated after saphenous vein ablation?*. Journal of vascular surgery 2003; 38: 517-21.
4. Walsh JC, Bergan JJ, Beeman S, Comes TP. *Femoral venous reflux abolished by greater saphenous vein stripping*. Annals of Vascular Surgery 1994; 8: 566-70.
5. Sales CM, Bilof ML, Petrillo KA, Luka NL. *Correction of lower extremity deep venous incompetence by ablation of venous reflux*. Annals of Vascular Surgery 1996; 10: 186-9.
6. Salinas P, Farias A, González X, Rodríguez C. *Calidad de vida relacionada en salud: Concepto y evaluación en pacientes con ventilación mecánica no invasiva*. Disponible en <http://www.neumologia-pediatria.cl>
7. Velarde-Jurado E. & Avila-Figueroa C. *Evaluación de la Calidad de Vida*. Revista Salud Pública de México 2002; 44: 349-361.
8. Adam D.J, Bello M, Hartshorne T, London N.J.M. *Role of Superficial Venous Surgery in Patients with Combined Superficial and Segmental Deep Venous Reflux*. European Journal of Endovascular Surgery 2003; 25: 469-472.
9. Lugo L, García H, Gómez C. *Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud sf-36 en Medellín, Colombia*. RevFacNac Salud Pública 2006; 24: 37-50.

10. Koupidis S, Paraskevas K, Stathopoulos V, Mikhailidis D. *The impact of Lower Extremity Venous Ulcers due to Chronic Venous Insufficiency on Quality of Life.* The Open Cardiovascular Medicine Journal 2008; 2: 105-109.
11. Kurz X, Lamping DL, Kahn SR, et al. *Do varicose veins affect quality of life? Results of an international population-based study.* Journal of Vascular Surgery 2001; 34: 641-648.
12. Coon WW, Willis PW, Keller JB. *Venous thromboembolism and other venous disease in Tecumseh community health study.* Circulation 1973; 48: 839-46.
13. Howard D.P.J, Howard A, Kothari A, Wales L, Guest M, Davies A.H. *The Role of Superficial Venous Surgery in the Management of Venous Ulcers: A Systematic Review.* European Journal of Endovascular Surgery 2008; 36: 458-465.
14. Kistner R, Eklof B, Masuda E. *Chronic Venous Insufficiency: Natural History and Classification.* *Hobson/Wilson/Veith: Vascular Surgery: Principles and Practice.* Third Edition 2004; Chapter 69: 979.
15. Cronenwett J, Johnston K.W, Rutherford R. *Chronic Venous Disorders: General Considerations.* *Rutherford's Vascular Surgery.* Seventh Edition 2010; Chapter 53.
16. Ahmad I, Ahmad W, Dingui M. *Prevention or reversal of deep venous insufficiency by aggressive treatment of superficial venous disease.* The American Journal of Surgery 2006; 191: 33-38.
17. Nguyen T.H. *Evaluation of venous insufficiency.* Seminars in cutaneous medicine and surgery 2005; 24: 162-74.
18. MacKenzie R.K, Lee A.J, Paisley A, Burns P, Allan P, Vaughan C, Bradbury A. *Patient, operative, and surgeon factors that influence the effect of superficial venous surgery on disease-specific quality of life.* Journal of Vascular Surgery 2002; 36: 896-902.

19. Shumaker S, Naughton M. *The International Assessment of Health-Related Quality of Life: a theoretical perspective*. En: Shumaker S, Berson R, editors. The international assessment of health-related quality of life: theory, translation, measurement and analysis. Oxford: Rapid Communications, 1995.
20. Velarde E, Avila C. *Evaluación de la calidad de vida*. Salud pública de México 2002; 44: 349-361.
21. F. Lozano. *Calidad de vida relacionada con la cirugía vascular*. Angiología 2008; 60: 377-394.
22. Korlaar I, Vossen C, Rosendaal F, Cameron L, Bovill E, Kaptein A. *Quality of life in venous disease*. Trombosis and Haemostasis 2003; 90: 27-35.
23. Velarde E, Avila C. *Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida*. Salud pública de México 2002; 44: 448-463.
24. Ware JE. *SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide*. 1993. Boston. The Health Institute, New England Medical Center.
25. Franks PJ, Moffatt CJ. *Health related quality of life in patients with venous ulceration: use of the Nottingham Health Profile*. Quality of life research 2001; 10: 693-700.
26. Rosas M, Serrano J, Henestrosa K, Zarraga J, Cal y Mayor I, Meza M, Sánchez N. *Calidad de vida en pacientes con insuficiencia venosa crónica*. Cirujano General 2006; 28: 154-159.
27. Vasquez M, Munschauer C. *Venous Clinical Severity Score and quality-of-life assessment tools: application to vein practice*. Phlebology 2010; 17:108-115.
28. Palomino MA, Tárraga PJ, Robayna E, López M, García D, Rodríguez M. *Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica y calidad de vida en una zona básica de salud*. SMG 2006; 452-463.

29. Alonso J y cols. *Descripción del instrumento, Cuestionario de Salud SF-36. Versión española del Cuestionario de Salud SF-36.* Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS), Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios, Barcelona. Disponible en BiblioPro.
30. Lozano F, J.A. Jiménez-Cossío J.A, Ulloa J. *La insuficiencia venosa crónica en España. Estudio epidemiológico RELIEF.* *Angiología* 2001; 53: 5-16.
31. Launois R, Mansilha A, Jantet G. *International Psychometric Validation of the Chronic Venous Disease Quality of Life Questionnaire (CIVIQ-20).* *European Journal of Endovascular Surgery* 2010; 40: 783-789.