



Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Medicina Humana

Factores de riesgo y calidad de vida de pacientes con
insuficiencia venosa crónica de la clínica Abendaño de Loja

Trabajo de Titulación previo
a la obtención del título de
médico general

AUTOR:

Judith Marisol Granda Elizalde

DIRECTOR:

Dr. Raúl Arturo Pineda Ochoa, Esp.

LOJA – ECUADOR

2022

ii. Certificación

Loja, 11 de octubre del 2022

Dr. Raúl Arturo Pineda Ochoa, Esp.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Certifico:

Que he revisado y orientado todo el proceso de elaboración del trabajo de Titulación denominado: **Factores de riesgo y calidad de vida de pacientes con insuficiencia venosa crónica de la clínica Abendaño de Loja**, previo a la obtención del título de **Médico General**, de la autoría de la estudiante **Judith Marisol Granda Elizalde**, con **cédula de identidad** Nro. **1150757738**, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja, para el efecto, autorizo la presentación del mismo para su respectiva sustentación y defensa.



Firmado electrónicamente por:
**RAUL ARTURO
PINEDA OCHOA**

Dr. Raúl Arturo Pineda Ochoa, Esp.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

iii. Autoría

Yo, **Judith Marisol Granda Elizalde**, declaro ser autora del presente trabajo de Titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos, de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi trabajo de Titulación, en el Repositorio Digital Institucional - Biblioteca Virtual.



Firmado electrónicamente por:
**JUDITH MARISOL
GRANDA ELIZALDE**

Firma: _____

Cédula de identidad: 1150757738

Fecha: 24 de noviembre del 2022

Correo electrónico: judith.granda@unl.edu.ec

Teléfono: 0979850039

iv. Carta de autorización

Yo, **Judith Marisol Granda Elizalde**, declaro ser autora del trabajo de Titulación denominado: **Factores de riesgo y calidad de vida de pacientes con insuficiencia venosa crónica de la clínica Abendaño de Loja**, como requisito para optar el título de **Médico General**, autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Titulación, que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los veinticuatro días del mes de noviembre de dos mil veintidós.



Firmado electrónicamente por:
**JUDITH MARISOL
GRANDA ELIZALDE**

Firma: _____

Autora: Judith Marisol Granda Elizalde

Cédula de identidad: 1150757738

Dirección: San José Bajo, Bolívar Bailón y Ramón Burneo.

Correo electrónico: judith.granda@unl.edu.ec

Teléfono: 072616392 **Celular:** 0979850039

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director del trabajo de Titulación: Dr. Raúl Arturo Pineda Ochoa, Esp.

Tribunal de grado:

Presidente: Dr. Claudio torres

Primer vocal: Dr. Juan Cuenca

Segundo vocal: Dr. Patricio Espinosa

v. Dedicatoria

A mis padres y hermanas, los cuales han sido un pilar fundamental durante el transcurso de mi formación académica, brindándome su apoyo incondicional.

Judith Marisol Granda Elizalde

vi. Agradecimiento

A Dios, por la vida, salud y su bendición brindada durante todos estos años académicos.

Mis padres y hermanas, que a pesar de mis errores jamás me han dejado sola y cualquier circunstancia que se nos presente, la atravesamos juntos.

La Universidad Nacional de Loja, la Facultad de la Salud Humana y docentes que con sus conocimientos, consejos y sabiduría han contribuido con mi formación profesional.

A la Dra. Sandra Mejía, docente de titulación y al Dr. Raúl Pineda director de tesis, quienes me guiaron para el desarrollo del presente trabajo de investigación, así como también al Dr. Jorge Cabrera y Dr. Claudio Abendaño, que me brindaron acceso a la clínica Abendaño, haciendo posible la recolección de datos.

Finalmente, pero no menos importante, a mis amigos y demás personas que de alguna u otra manera han contribuido al desarrollo de este proyecto.

Judith Marisol Granda Elizalde

vii. Índice de Contenidos

i. Portada	i
ii. Certificación	ii
iii. Autoría	iii
iv. Carta de autorización	iv
v. Dedicatoria	v
vi. Agradecimiento	vi
vii. Índice de Contenidos.....	vii
viii. Índice de Tablas	ix
ix. Índice de Anexos.....	x
1. Título.....	1
2. Resumen	2
<u>Abstract</u>	3
3. Introducción.....	4
4. Marco Teórico.....	6
4.1. Insuficiencia Venosa Crónica	6
4.1.1. Definición.	6
4.1.2. Epidemiología.	6
4.1.3. Fisiopatología.....	6
4.1.4. Factores de riesgo.....	7
4.1.4.1. <i>Edad</i>	8
4.1.4.2. <i>Sexo</i>	8
4.1.4.3. <i>Genética</i>	8
4.1.4.4. <i>Raza</i>	8
4.1.4.5. <i>Peso</i>	8
4.1.4.6. <i>Gestación</i>	8
4.1.4.7. <i>Tratamiento hormonal</i>	8
4.1.4.8. <i>Ocupación laboral</i>	8
4.1.4.9. <i>Comorbilidades</i>	9
4.1.5. Clasificación.	9
4.1.5.1. <i>Clínica</i>	9
4.1.5.2. <i>Etiología</i>	9
4.1.5.3. <i>Anatomía</i>	9
4.1.5.4. <i>Fisiopatología</i>	9
4.1.6. Cuadro clínico.	9
4.1.6.1. <i>Síntomas</i>	9
4.1.6.2. <i>Signos</i>	9
4.1.7. Diagnóstico.	9
4.1.7.1. <i>Diagnóstico clínico</i>	9
4.1.7.2. <i>Diagnóstico imagenológico</i>	10
4.1.8. Tratamiento.....	10
4.1.8.1. <i>Medidas generales</i>	10
4.1.8.2. <i>Terapia compresiva</i>	10
4.1.8.2.1. <i>Tipos de compresión</i>	11
4.1.8.3. <i>Terapia farmacológica</i>	11
4.1.8.4. <i>Terapia invasiva</i>	12
4.1.8.4.1. <i>Escleroterapia</i>	12
4.1.8.4.2. <i>Ablactación intravenosa</i>	12
4.1.8.4.3. <i>Cirugía de resección venosa</i>	12

4.1.8.4.4. Cura CHIVA.....	12
4.1.9. Complicaciones.	13
4.1.9.1. Cutáneas.....	13
4.1.9.2. Vasculares.....	13
4.2. Calidad de Vida.....	14
4.2.1. Definición.	14
4.2.2. Importancia.	14
4.2.3. Factores que influyen en la calidad de vida.....	14
4.3. Instrumentos.....	15
4.3.1. Cuestionario de la calidad de vida en la insuficiencia venosa (CIVIQ 14).....	15
5. Metodología.....	19
5.1. Enfoque.....	19
5.2. Tipo de Diseño.....	19
5.3. Unidad de Estudio.....	19
5.4. Universo y muestra.....	19
5.5. Criterios de Inclusión.....	19
5.6. Criterios de Exclusión.....	19
5.7. Técnicas.....	19
5.8. Instrumentos.....	19
5.8.1. Consentimiento informado (Anexo 1).....	19
5.8.2. Formulario de factores de riesgo para insuficiencia venosa crónica (Anexo 2). 20	
5.8.3. Cuestionario sobre calidad de vida para la insuficiencia venosa crónica (CIVIQ 14) (Anexo 3).....	20
5.8.3.1. Interpretación de los resultados del CIVIQ 14.....	21
5.8.3.2. Fórmulas específicas para el cálculo de IVC con CIVIQ 14.....	21
5.9. Procedimiento.....	21
5.10. Recursos Humanos y Materiales.....	22
5.10.1. Recursos humanos.	22
5.10.2. Recursos materiales.....	22
5.11. Análisis Estadístico.....	22
6. Resultados.....	23
6.1 Distribución de Acuerdo a Sexo y Edad de los Pacientes con Insuficiencia Venosa de la Clínica Abendaño de Loja.....	23
6.2. Resultado del primer objetivo.....	24
6.3. Resultado del Segundo Objetivo.....	26
6.4. Resultado del Tercer Objetivo.....	27
7. Discusión.....	29
8. Conclusiones.....	31
9. Recomendaciones.....	32
10. Bibliografía.....	33
II Anexos.....	36

viii. Índice de Tablas

Tabla 1. Distribución de acuerdo a sexo y edad de los pacientes con insuficiencia venosa de la clínica Abendaño de Loja.....	23
Tabla 2. Factores de riesgo modificables en pacientes con insuficiencia venosa crónica de la clínica Abendaño de Loja, según sexo y grupo de edad.....	24
Tabla 3. Factores de riesgo no modificables en pacientes con insuficiencia venosa crónica de la clínica Abendaño de Loja, según sexo y grupo de edad.....	25
Tabla 4. Niveles de deterioro de calidad de vida de pacientes con insuficiencia venosa crónica de la clínica Abendaño de Loja, según sexo y grupo de edad.....	26
Tabla 5. Relación entre factores de riesgo modificables y no modificables, con los niveles de calidad de vida de pacientes con insuficiencia venosa crónica de la clínica Abendaño de Loja.....	27
Tabla 6. Relación entre factores de riesgo modificables y no modificables, con los niveles de deterioro de calidad de vida de pacientes con insuficiencia venosa crónica de la clínica Abendaño de Loja.....	28

ix. Índice de Anexos

Anexo 1. Aprobación y Pertinencia del Tema.....	36
Anexo 2. Asignación de Director de Tesis.....	37
Anexo 3. Cambio de Población.....	38
Anexo 4. Autorización para Recolección de Datos.....	39
Anexo 5. Certificación de Traducción.....	40
Anexo 6. Consentimiento informado.....	41
Anexo 7. Formulario de factores de riesgo para insuficiencia venosa crónica.....	45
Anexo 8. Cuestionario autoadministrado al paciente CIVIQ 14.....	46
Anexo 9. Base de Datos.....	50
Anexo 10. Certificado del Tribunal del Trabajo de Titulación.....	63

1. Título

Factores de riesgo y calidad de vida de pacientes con insuficiencia venosa crónica de la clínica Abendaño de Loja

2. Resumen

La insuficiencia venosa crónica es la enfermedad vascular más frecuente y de carácter hereditario que afecta particularmente al sistema venoso de los miembros inferiores, repercutiendo directamente en la calidad de vida de quien lo padece. La presente investigación tuvo como finalidad conocer los factores de riesgo modificables y no modificables de pacientes con insuficiencia venosa crónica de la Clínica Abendaño de Loja, el nivel de deterioro de la calidad de vida según sexo y grupo de edad y correlacionar ambas variables. Se aplicó un enfoque cuantitativo, prospectivo, de cohorte transversal, con una muestra de 70 participantes, conformado por 75,7% mujeres y 24,3% varones que cumplieron criterios de inclusión y exclusión, a quienes se empleó una encuesta sobre factores de riesgo y el cuestionario CIVIQ-14 sobre repercusiones de insuficiencia venosa crónica en la calidad de vida. Los factores modificables predominantes fueron consumo de anticonceptivos 41,5% (n=22), sedentarismo y bipedestación 35,7% (n=25) en adultas maduras; factores no modificables prevalentes fueron adultas maduras 44,3% (n=31), antecedentes hereditarios 21,4% (n=15) y multiparidad 47,2% (n=25) en las mismas. Predominó el nivel moderado de deterioro en adultas maduras 20% (n=14). Se evidenció relación entre factores de riesgo no modificables y niveles de deterioro de calidad de vida, siendo $p = 0,00007$. Por tanto, se concluye que existen factores que se pueden modificar, basándose en la práctica de ejercicio físico, cambios o modificaciones en la posición estática y disminución del índice de masa corporal.

Palabras clave: *estasis venosa, enfermedad vascular, estilo de vida.*

Abstract

Chronic venous insufficiency is the most common vascular and hereditary disease that affects particularly to the venous system of the lower members, impacting directly in the quality of life of who suffers from it. The Present research had the purpose of knowing the modifiable and non-modifiable risk factors of patients with insufficiency venous chronic disease of the Clinic Abendaño from Loja, the level of deterioration of the quality of life according to sex and group of age, and to correlate both variables. A quantitative, prospective, cross-sectional cohort approach was applied, with a sample of 70 participants, conformed by 75.7% women Y 24.3% males who met the inclusion and exclusion criteria, to whom a survey on risk factors and the CIVIQ-14 questionnaire on the repercussions of venous insufficiency chronic quality of life were applied. The predominant modifiable factors were consumption of contraceptives 41.5% (n=22), sedentary lifestyle and standing 35.7% (n=25) in mature adults; non-modifiable prevalent factors were natural aging 44.3% (n=31), background hereditary 21.4% (n=15) and multiparity 47.2% (n=25) in the same. The moderate level of deterioration prevailed in mature adults 20% (n=14). Evidenced relationship between non-modifiable risk factors and levels of impairment of quality of life, being $p = 0.00007$. Therefore, it is concluded that there are factors that can be modified, based on the practice of physical exercise, changes or modifications in the static position and decrease in body mass index.

Keywords: *venous stasis, vascular disease, lifestyle*

3. Introducción

La insuficiencia venosa crónica (IVC) es una condición prolongada de circulación venosa incompetente y su aparición se debe a la obstrucción parcial de las venas o filtraciones de sangre alrededor de las válvulas venosas. Por tanto, parte de la sangre de retorno caerá al tramo inferior produciendo una dilatación en las venas superficiales por hiperpresión. (Cabrera, 2016)

Es una patología muy frecuente a nivel mundial, que afecta gran número de personas, sobre todo a la población adulta (60-70%) en especial al género femenino, siendo un motivo de consulta muy frecuente en la práctica clínica y que por tanto, conlleva múltiples repercusiones clínicas, sociales y económicas. (Sánchez, 2018)

Se estima que un 30 a 70% de la población mundial sufre algún grado de trombosis venosa crónica, el cual en algunos pacientes con várices, los síntomas están ausentes y en otros son muy significativos hasta el punto que determinan dolor crónico, ausentismo laboral, retraimiento social, carga familiar, discapacidad e invalidez. (Pitsch, 2016). La severidad y el impacto son subestimados tanto a nivel internacional como a nivel nacional, mencionando el hecho de que el dolor está presente entre el 54,6% al 57,2%. (Sánchez, 2018).

En un estudio realizado en España, se ha estimado que la prevalencia de consultas por enfermedad vascular en atención primaria representa el 3,4% del total de las consultas, constituyendo las flebopatías la primera causa (69%), y en este grupo, las varices suponen la mitad de los casos (30,2%). Más de las dos terceras partes de la población (68,6-71%) que acudieron al médico de atención primaria por cualquier causa referían o padecían algún signo o síntoma de insuficiencia venosa crónica (IVC). (Lozano et al., 2017)

Los principales factores de riesgo que influyen en la aparición de esta enfermedad son: factores genéticos, edad, sexo femenino, embarazo, ocupación, obesidad y localización geográfica. La incidencia familiar se reporta en aproximadamente el 50% de los pacientes. Todos los estudios epidemiológicos confirman la relación entre la edad y aumento de la prevalencia de la insuficiencia venosa crónica (IVC) idéntica en ambos sexos, sin la dependencia de otros factores de riesgo. La prevalencia de las várices en hombres de 30 a 40 años es de aproximadamente 3% y en los mayores de 70 años aumenta hasta cerca de un 40%. Resultados similares se encontraron también en las mujeres; la prevalencia de 20% a la edad de 30 a 40 años aumenta gradualmente y a los 70 años de edad supera el 50%. El embarazo y el puerperio son períodos críticos para la IVC; hasta el 30% de las venas varicosas se desarrollan sólo en este período. La influencia de la ocupación de las personas se

evaluó en un estudio, en el cual 1324 personas se dividieron en 5 grupos de acuerdo con su ocupación (camareros, vendedores, industria ligera, industria pesada, trabajos de oficina) y se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de las venas varicosas en los camareros y los vendedores en comparación con los trabajadores de oficina. Otro estudio evaluó un grupo de 696 mujeres que trabajaban en los grandes almacenes. Se encontró una prevalencia de 60,5%, habiendo una prevalencia significativamente mayor de várices en el grupo de mujeres que trabajaban de pie. La ubicación geográfica influye en la IVC por las costumbres de la civilización moderna. Su prevalencia es muy baja en África y Asia. En sujetos inmigrantes de estas regiones tienen el mismo riesgo que la población del país de acogida.

En nuestro país y sobre todo en la ciudad de Loja, no se han publicado estudios científicos sobre el tema, por lo tanto no tenemos una apreciación real de la problemática derivada de esta patología, tomando en cuenta que es importante determinar el efecto de la enfermedad en las actividades cotidianas y laborales. Por tal motivo se plantea la siguiente pregunta central de investigación: ¿Cuáles son los factores de riesgo que predisponen a insuficiencia venosa crónica y cómo esta afecta a la calidad de vida de quien la padece?

Es de interés del Ministerio de Salud Pública (MSP) profundizar en este tipo de temas que corresponden a enfermedades vasculares periféricas, mismo que pertenece a la tercera línea de investigación de la carrera de Medicina de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, que engloba la salud y enfermedad por ciclos de vida, salud enfermedad del adulto y adulto mayor de la “Región Sur del Ecuador o Zona Siete”

Por lo mencionado anteriormente, se planteó el siguiente objetivo general, conocer los factores de riesgo y calidad de vida de pacientes con insuficiencia venosa crónica de la Clínica Abendaño de Loja, periodo octubre 2020- agosto 2021; y, como objetivos específicos, identificar los factores de riesgo modificables y no modificables según sexo y grupo de edad en pacientes con insuficiencia venosa crónica de la Clínica Abendaño de Loja, determinar los niveles de deterioro de calidad de vida según sexo y grupo de edad en pacientes con insuficiencia venosa crónica de la Clínica Abendaño de Loja, contrastar los factores de riesgo modificables y no modificables con los niveles de deterioro de calidad de vida de pacientes con insuficiencia venosa crónica de la Clínica Abendaño de Loja.

4. Marco Teórico

4.1. Insuficiencia Venosa Crónica

4.1.1. Definición. La insuficiencia venosa crónica (IVC), también conocida como flebopatía crónica, es el mal funcionamiento de las válvulas de las venas de la pierna, esto causa un aumento de la presión, hinchazón y alteraciones secundarias de la piel (Pérez, 2019).

4.1.2. Epidemiología. Se estima que aproximadamente el 20%-25% de las mujeres y un 10%-15% de los hombres sufren IVC, siendo ésta más frecuente a medida que se avanza en edad. La prevalencia de várices en hombres de 30 a 40 años es de aproximadamente 3% y en los mayores de 70 años aumenta hasta cerca de un 40%. Resultados similares se encontraron también en las mujeres: la prevalencia de 20% a la edad de 30 a 40 años y que aumenta gradualmente, suponiendo un 50% a los 70 años de edad (Rodríguez, et.al, 2016).

El embarazo y el puerperio son períodos críticos para el desarrollo de IVC, desarrollándose hasta el 30% de las venas varicosas. Además, se ha demostrado que personas que desempeñan labores en bipedestación, conforman una prevalencia del 60,5%. La ubicación geográfica influye en el desarrollo de esta enfermedad, debido a las costumbres de la civilización moderna. Su prevalencia es muy baja en África y Asia, a diferencia de los países industrializados en donde existe una mayor prevalencia, la cual es ocasionada por los distintos cambios en el estilo de vida y hábitos alimenticios, caracterizada por una dieta baja en fibra, lo que induce estreñimiento y aumento de presión intraabdominal, al igual que el sobrepeso (Mancia, 2016).

4.1.3. Fisiopatología. La insuficiencia venosa es consecuencia de la afección de una o varias de las venas de las piernas. En condiciones normales, la circulación venosa de las piernas está constituida por el sistema venoso profundo, las venas superficiales y las venas comunicantes. La dirección del flujo se proyecta desde el sistema superficial hasta el sistema profundo. El retorno venoso tiene lugar por un bajo flujo impulsado por las arterias (llamado vis a tergo) e influyen también la presencia de válvulas unidireccionales que impiden el regreso del flujo. Otros factores que contribuyen al retorno venoso son la presión negativa de la cavidad torácica, sobre todo cuando se realiza la inspiración y la contracción muscular, la cual actúa como bomba e impulsa el flujo sanguíneo con la ayuda de las válvulas. El problema principal se presenta cuando las válvulas se tornan insuficientes. Esto puede suceder por una trombosis venosa profunda, que consiste en la formación de un trombo en el sistema venoso

profundo, de tal modo que el flujo venoso toma la dirección del sistema superficial. El aumento de flujo dilata las venas y las válvulas se vuelven insuficientes. Además de la trombosis, las venas pueden dilatarse por algunos factores, entre ellos el embarazo (por las concentraciones elevadas de progesterona), sexo femenino, edad, alta estatura, obesidad, factores genéticos y largos periodos de pie o sentado.

Suele empezar en sinusoides sóleos y progresa afectando a venas cada vez más proximales. Se caracteriza por tres fases:

- Fase aguda: trombo fresco, oclusión, TEP.
- Fase subaguda: cuando se estabiliza el trombo con heparina. Adherencia al endotelio durante 3-4 días. Recanalización del trombo por fibroblastos.
- Fase crónica: recanalización con avalvulación. Una vena que se ha trombosado aunque se recanalice pierde la función valvular porque las valvas se fibrosan. La función venosa nunca vuelve a la normalidad, por lo cual la Trombosis venosa es la principal causa de insuficiencia venosa (Vázquez, 2018).

Etiología. Según Hartung (2018), la causa de IVC se debe a la incompetencia de las válvulas venosas lesionadas o un defecto de la pared venosa que ocasiona la dilatación excesiva de la vena y, en consecuencia, la separación de las válvulas. Si las válvulas no funcionan, la sangre del sistema profundo tiende a desplazarse al sistema superficial, con el consiguiente aumento de presión y la aparición de varices. Esta hipertensión venosa es la causa del edema y la mala oxigenación de los tejidos circundantes, que favorecen la aparición de inflamación, infección y trombosis, factores relacionados con las complicaciones de esta enfermedad. Todo esto está determinado por la triada de Virchow caracterizada por: estasis, lesión endotelial, hipercoagulabilidad y alteraciones de la coagulación las cuales pueden ser: adquiridas: trombocitosis, anticoagulante lúpico, anticuerpos antifosfolípidos, hiperhomocistinemia, disfibrinogenemia; congénitos: déficit de proteína C y S, Factor V Leiden, mutación del gen de laprotrombina; idiopáticas.

4.1.4. Factores de riesgo.

4.1.4.1. Edad. Múltiples estudios han documentado una estrecha correlación entre la edad avanzada y la prevalencia de venas varicosas. En el estudio de Vein Edinbrugh, la prevalencia de varices tronculares se vió incrementado en una forma lineal en ambos sexos, con edades que van del 12% en 18 a 24 años, hasta un 56 % en edades de 55 a 64 años. Asimismo, la prevalencia de pequeñas telangiectasias y venas reticulares se incrementan de una forma lineal con la edad en ambos sexos (Carrasco, 2017).

4.1.4.2. Sexo. Existe una evidencia muy amplia que menciona a la mujer como un factor de riesgo para desarrollar venas varicosas, siendo una relación de mujeres a hombres de 5:1. Sin embargo, excepciones se han reportado, cuando se encontró alta prevalencia de venas tronculares en hombres; teniendo en cuenta que en todos estos estudios, las mujeres presentaban mucho más riesgo de telangiectasias y venas reticulares que hombres (Carrasco, 2017).

4.1.4.3. Genética. La historia familiar de venas varicosas incrementa la probabilidad de varices junto con el embarazo. En 1990 un estudio Japonés, el 42% de las mujeres con várices describió una historia familiar positiva, en comparación del 14% de mujeres sin várices. En un estudio de caso control, se documentó que las venas varicosas, afectan 22 veces más a pacientes con historia familiar de várices comparado con el grupo control (Carrasco, 2017).

4.1.4.4. Raza. Se dice que la insuficiencia venosa crónica es similar en los diferentes tipos de raza, pero se ha asociado a mayor grado de progresión y casos de severidad en la raza afroamericana, debido a que genéticamente tiene mayor riesgo de tener hipertensión arterial, la cual es un factor predisponente para la enfermedad antes mencionada (Mendoza, 2018).

4.1.4.5. Peso. La obesidad es una de las principales razones para el desarrollo de venas varicosas, sin embargo en muchos estudios, la relación entre obesidad y desarrollo de varices solo fue relevante en mujeres. Seidel (2017) identificó que las mujeres con un índice de masa corporal (IMC) $>30.0 \text{ Kg/ m}^2$, tienen 3 veces más riesgo de presentar venas varicosas, comparadas con mujeres con peso normal.

4.1.4.6. Gestación. El embarazo, especialmente la multiparidad, es un factor de riesgo constante para desarrollar venas varicosas. Así mismo, estudios de Framingham ilustran que las mujeres con 2 o más embarazos tienen una mayor incidencia de venas varicosas, comparadas con nulíparas o con mujeres con un embarazo (Carrasco, 2017).

4.1.4.7. Tratamiento hormonal. El consumo de anticonceptivos orales se ha relacionado con la aparición de insuficiencia venosa, ya que altas dosis de progesterona, aumentan la distensibilidad venosa y altas dosis de estrógenos, aumentan la hipercoagulabilidad, todo esto contribuye a un estado de estasis remansa y extravasación de sangre en el territorio venoso (Carrasco, 2017).

4.1.4.8. Ocupación laboral. Múltiples artículos sugieren que los trabajos asociados con extremidades en estrés ortostático, incrementan el riesgo de desarrollar venas varicosas e IVC. Por ejemplo, en el estudio de Framingham, hombres y mujeres con presencia de venas varicosas, reportaron niveles inferiores de actividad, en comparación con sujetos sin várices. Mujeres que describieron pasar 8 o más horas por día, en actividad sedentaria (sentado o

parado) tuvieron una notable mayor incidencia de venas varicosas, en comparación con mujeres que pasaron 4 o menos horas por día realizando la misma actividad (Naranjo, 2018).

4.1.4.9. Comorbilidades. La hipertensión arterial es una de las comorbilidades más asociadas ya que provoca una presión elevada a nivel arterial y venoso. Pacientes con antecedentes de trombosis venosa profunda en un 97% de las veces origina una posterior insuficiencia venosa. Un paciente diabético asociado a insuficiencia venosa genera mayor riesgo de complicación y progresión de enfermedad más aun en estadios finales como las fases ulcerativas (Naranjo, 2018)

4.1.5. Clasificación. Existen varias clasificaciones de la IVC, pero actualmente la más utilizada es la CEAP, que es un acrónimo que integra los datos clínicos (C), etiológicos (E), anatómicos (A) y fisiopatológicos (P).

4.1.5.1. Clínica (C): (C0) no signos visibles, (C1) telangiectasias o venas reticulares, (C2) varices, (C3) edema, (C4) signos dérmicos, (C5) úlcera cicatrizada, (C6) úlcera activa, (A) asintomática, (S) sintomático.

4.1.5.2. Etiología (E): (Ec) congénita, (Ep) primaria, (Es) secundaria ya sea postraumática o postrombótica.

4.1.5.3. Anatomía (A): (As) venas del sistema venoso superficial, (Ad) venas del sistema venoso profundo, (Ap) venas del sistema venoso perforante.

4.1.5.4. Fisiopatología (P): (Pr) por reflujo, (Po) por obstrucción, (Pro) por reflujo y obstrucción (Miquel et al, 2015).

4.1.6. Cuadro clínico.

4.1.6.1. Síntomas. Incluyen sensación de plenitud, pesadez, molestia, calambre, dolor, cansancio y parestesias en las piernas; estos síntomas empeoran en posición de pie o durante la deambulación y se alivian con el reposo y la elevación del miembro. Los cambios en la piel pueden asociarse con prurito (Paolinelli, 2019).

4.1.6.2. Signos. Los signos se manifiestan en forma progresiva: en un principio, el paciente no presenta signos, luego desarrolla várices venosas (infrecuentes) y a continuación, edema dermatitis por estasis en los miembros inferiores y los tobillos, con úlceras o sin ellas. La compresión de la pantorrilla puede desencadenar dolor (Paolinelli, 2019).

4.1.7. Diagnóstico.

4.1.7.1. Diagnóstico clínico. El diagnóstico suele basarse en los antecedentes y el examen físico. Se desarrolló un sistema de puntuación clínico que evalúa 5 síntomas (dolor, calambres, pesadez, prurito, parestesias) y 6 signos (edema, hiperpigmentación, induración, estasis venosa, hiperemia que palidece a la compresión, dolor con la compresión de la

pantorrilla) en una escala de 0 (ausente o mínimo) a 3 (grave), que se reconoce cada vez más como una herramienta de diagnóstico estándar para determinar la gravedad del trastorno. Las puntuaciones entre 5 y 14 en dos consultas separadas por ≥ 6 meses indican una enfermedad entre leve y moderada, y las puntuaciones ≥ 15 indican enfermedad grave (Barragan y esparza, 2015).

4.1.7.2. Diagnóstico imagenológico. La ecografía dúplex del miembro inferior es fiable para excluir o confirmar la TVP. La ausencia de edema y la reducción del índice entre el tobillo y el brazo sugieren una enfermedad arterial periférica en lugar de insuficiencia venosa crónica y síndrome posflebítico (Barragan y esparza, 2015).

4.1.8. Tratamiento.

4.1.8.1. Medidas generales. Se recomiendan hábitos de vida saludables que faciliten el retorno venoso, como son:

- Ejercicio físico, sobre todo natación, senderismo o ciclismo que estimulan la bomba muscular de los miembros inferiores.
- Masajes en sentido ascendente.
- Elevación de las piernas durante 15-30 minutos varias veces al día, así como durante el sueño.
- Aplicación de duchas o compresas frías, o alternando estas con agua tibia.
- Uso de calzado cómodo y fresco.
- Por el contrario, se deben evitar todas aquellas circunstancias que lo dificulten: Sobrepeso y obesidad.
- Bipedestación prolongada y sedentarismo.
- Ropa ajustada y calzado incómodo y con tacón superior a 3 cm.
- Calor, especialmente las fuentes de calor directo sobre las piernas.
- Estreñimiento crónico.
- Algunos tratamientos, como la terapia hormonal sustitutiva o los anticonceptivos orales (Berardi y Ciccioni, 2015).

4.1.8.2. Terapia compresiva. Es la medida fundamental para el tratamiento de la IVC. El mecanismo fisiopatológico de esta terapia se basa en mejorar el retorno venoso facilitando la función valvular e incrementando el aclaramiento del líquido intersticial. Las evidencias más claras son para la IVC sintomática, síndrome posflebítico, profilaxis y tratamiento de la insuficiencia venosa gestacional, tras el tratamiento esclerosante y quirúrgico de las varices, prevención de TVP, y tratamiento de las úlceras venosas y sus recidivas. Sin embargo, a la

hora de prescribir este tipo de tratamiento hay que tener en cuenta las circunstancias en las que está contraindicado.

- Contraindicaciones absolutas: isquemia arterial de extremidades, con índice tobillo/brazo $\leq 0,6$; dermatitis (alérgica o séptica); artritis reumatoide aguda; hipersensibilidad o alergia al tejido.

- Contraindicaciones relativas: índice tobillo/brazo (0,6 – 0,8), insuficiencia cardíaca inestable, hipertensión arterial (Berardi y Ciccioli, 2015).

4.1.8.2.1. *Tipos de compresión.*

- Elástica: es la más utilizada, ya que ejerce presión pasiva durante el reposo y activa durante el ejercicio. Realiza una compresión decreciente desde el tobillo hasta la rodilla (tipo calcetín), el muslo (media) o la cintura (panty). La talla se debe ajustar a cada paciente para que no haya riesgo de torniquete o por el contrario, sea ineficaz por falta de presión. En España existen tres grados de compresión homologados: normal (22-29 mmHg), fuerte (30-39 mmHg) y muy fuerte (> 40 mmHg). Se recomienda uno u otro en función de la gravedad de los síntomas: a mayor grado clínico, mayor compresión. Se deben colocar en decúbito para que las venas de los miembros inferiores tengan el menor reflujo posible. De forma arbitraria, se acepta que sean renovadas cada 6 meses (Berardi y Ciccioli, 2015).

- Inelástica: se trata de un envoltorio rígido sobre la pierna, tipo vendaje, que ejerce presión durante el ejercicio pero no en reposo. Se utilizan en los casos de mayor gravedad.

- Otros sistemas: como los multicapas, que son combinaciones de los anteriores, o la presoterapia instrumental, se utilizan menos.

Un metaanálisis concluyó que las medidas de compresión de 10 a 20 mmHg (sobre el tobillo) mejoran los síntomas de IVC; menor presión es inefectiva y mayor no aporta beneficios adicionales.

4.1.8.3. *Terapia farmacológica.* Los flebotónicos conforman un grupo heterogéneo de fármacos naturales y sintéticos que actúan sobre distintas partes de la fisiopatología de la IVC con intención de mejorar los síntomas, pero no prevenirlos. Se ha sugerido la eficacia sobre algunos signos como el edema, pero su relevancia clínica es incierta. No se detectó evidencia significativa para otros parámetros valorados como prurito, pesadez de piernas, calambres, parestesias, dolor o cambios tróficos cutáneos. Además, no existen pruebas a favor de la eficacia de los flebotónicos en el tratamiento de las úlceras venosas ni que apoye la administración de estos por tiempos superiores a 3 meses. Por otro lado, los datos de seguridad de dichos medicamentos hacen referencia a cortos períodos de tiempo, no se estima a medio-largo plazo. Sin embargo, la Agencia Española del Medicamento emitió una nota

informativa, el 10 de septiembre de 2002, en la que recomendaba limitar el uso de los venotónicos por vía oral para el alivio a corto plazo (2 a 3 meses) del edema y los síntomas relacionados con la IVC (Courtois y Zambon, 2019).

4.1.8.4. Terapia invasiva. Engloba tanto técnicas quirúrgicas como no quirúrgicas. Su objetivo es anular o modificar el paso de la sangre por los vasos mal funcionantes para reducir la hipertensión venosa existente en el sistema venoso superficial. Se pueden considerar varias técnicas:

4.1.8.4.1. Escleroterapia: Consiste en la inyección intravenosa de una sustancia irritante que provoca una respuesta inflamatoria en el endotelio de la vena para su posterior trombosis y fibrosis. El producto más utilizado en España es el polidocanol y la espuma de polidocanol. Sus resultados mejoran si se hace eco dirigida. Está indicada en las varículas y telangiectasias (Courtois y Zambon, 2019).

4.1.8.4.2. Ablación intravenosa. Ya sea por láser (EVLA), radiofrecuencia, o vapor de agua (Bauza et al., 2016).

4.1.8.4.3. Cirugía de resección venosa. Fleboextracción parcial o completa de la vena safena interna asociada a la ligadura de las venas perforantes incompetentes. Es el tratamiento de elección en pacientes muy sintomáticos y con varices evidentes, y en aquellos con riesgo de complicaciones (varicorragia, cambios tróficos, úlcera venosa) (Bauza et al., 2016).

4.1.8.4.4. Cura CHIVA (conservadora hemodinámica de la insuficiencia venosa ambulatoria). Pretende tratar las venas disfuncionantes mediante el mínimo gesto quirúrgico a partir de un estudio hemodinámico (eco-Doppler) completo para conservar al máximo el sistema venoso (Perrin, Maleti, y Lugli, 2018).

Los resultados iniciales de todas las técnicas quirúrgicas son similares, pero faltan datos a largo plazo. No existe evidencia científica para recomendar uno u otro, pero debe tenerse en cuenta la mejor tolerancia del paciente en las técnicas mínimamente invasivas.

Deben ser considerados para cirugía aquellos pacientes que, tras un estudio hemodinámico básico, presenten: varices con sintomatología de IVC, con afección de safenas y/o perforantes; varices poco sintomáticas pero muy evidentes con riesgo potencial de complicaciones (varicoflebitis, varicorragia), y varices recidivadas. El índice de recidiva, entendido como la aparición de nuevas venas varicosas, oscila entre el 6 y el 20%, dependiendo de la técnica aplicada, aunque no se dispone de evidencia científica que permita cuantificar con precisión. Por tanto, se trata de una técnica efectiva pero no definitiva, por lo que pueden ser necesarias intervenciones complementarias a lo largo del tiempo (Arroyo et al., 2016).

4.1.9. Complicaciones. Se dividen en cutáneas y vasculares:

4.1.9.1. Cutáneas.

- Dermatitis ocre: hiperpigmentación supramaleolar por extravasación de hemosiderina.
- Eccema varicoso: se localiza fundamentalmente en el tercio inferior de los miembros inferiores.
- Hipodermatitis: zonas despigmentadas por atrofia del tejido conectivo laxo.
- Celulitis: por afectación del retorno venoso junto a alteraciones endocrinas. Es mucho más frecuente en las mujeres.
- Lipodermatosclerosis: alteración trófica y reversible, de coloración rojiza y ocre, habitualmente comprendida entre maléolos y rodillas.
- Atrofia blanca: zona de atrofia cutánea perimaleolar de aspecto blanco marfil. Puede ser dolorosa y, como la lipodermatosclerosis, puede evolucionar a la ulceración.
- Úlcera venosa: supone el estadio más avanzado de la enfermedad. Lo presentan hasta un 2% de los pacientes con IVC. Se localizan fundamentalmente en la región maleolar medial. Presentan forma redondeada y de varios centímetros de tamaño. Son poco dolorosas y no están sobreinfectadas. Generalmente se cronifican y/o recidivan. El diagnóstico diferencial se debe hacer con la úlcera arterial, hipertensiva, neuropática y vasculítica (Courtois y Zambon, 2019).

4.1.9.2. Vasculares.

- Varicorragia. Hemorragia externa de una vena varicosa, de forma espontánea o tras un traumatismo. Generalmente indolora, aparece sobre lesiones pre ulcerosas, con una capa epidérmica muy fina y de color azulado. También puede haber sangrado interno con la aparición de hematomas o equimosis.
- Varicoflebitis. Trombosis en una vena varicosa del sistema venoso superficial. Cursa con dolor intenso, eritema y endurecimiento local (generalmente nódulo o cordón indurado). Habitualmente evoluciona de forma benigna. En ocasiones, hay que hacer diagnóstico diferencial con la trombosis venosa profunda (TVP), sobre todo si hay afectación de la vena safena externa, ya que la porción superior de la vena es subaponeurótica y su obliteración adopta el aspecto de una pierna hinchada y dolorosa sugestiva de TVP. No se ha podido demostrar que los pacientes con varicoflebitis desarrollen más TVP o TEP (tromboembolismo pulmonar), aunque en el caso de que se propague hasta el cayado de la safena sí existe riesgo de TVP o embolización pulmonar debido a la incompetencia valvular a ese nivel (Courtois y Zambon, 2019).

4.2. Calidad de Vida

4.2.1. Definición. La calidad de vida se la define como el grado de satisfacción que tiene la persona en relación a su situación física, emocional y social; cómo se siente y se ve a sí mismo, independientemente de su estado, de su entorno y de la opinión de los demás (Schwartzmann, 2016).

4.2.2. Importancia. Es de gran importancia la incorporación de medidas genéricas para la evaluación de la calidad de vida referente a la salud (CVRS) en las consultas de atención primaria, tanto para la descripción de los perfiles de salud y estado global del paciente como para el cribado de determinadas patologías, como las psicológicas o problemas sociales. A su vez, permite la estimación de necesidades no detectadas habitualmente, la monitorización de la progresión de la enfermedad y la respuesta al tratamiento. Finalmente, sirve de apoyo en la toma de decisiones clínicas y contribuye a mejorar la relación médico-paciente al posibilitar al enfermo la participación en la elección de la opción más conveniente (Piñol, 2017).

En definitiva, la evaluación de la calidad de vida en atención primaria se considera en la actualidad imprescindible, ya que es un resultado final de salud que se centra más en la persona que en la enfermedad, realza el sentir propio del enfermo y da preponderancia a este valor sobre el de las pruebas clínicas. Desde esta perspectiva, la calidad de vida se ha convertido en uno de los objetivos primordiales de los cuidados de salud y de las intervenciones terapéuticas. A pesar de ello, su utilización sigue siendo limitada, probablemente por desconocimiento, sobrecarga asistencial o falta de convicción por parte de los profesionales sobre su beneficio en la atención y mejoría de los pacientes (Sanz, 2017).

4.2.3. Factores que influyen en la calidad de vida. Existen diversos factores que intervienen de manera positiva y negativa en la calidad de vida de las personas. A grandes rasgos se agrupan en categorías generales como:

- Contexto ambiental: Las guerras, inestabilidades políticas, condiciones extremas económicas o de trabajo determinan en gran medida la calidad de vida de un individuo o un grupo humano, a partir de las consecuencias que su contexto histórico ejerzan sobre él.

- Entorno social: El grado de inserción en la sociedad, el apoyo familiar, la presencia de instituciones protectoras o la marginación social son, también, variables que se juegan a la hora de pensar la calidad de vida. De hecho, individuos de una misma región pueden tener distintas calidades de vida de acuerdo a su entorno social.

- Condiciones vitales. La riqueza y la pobreza, las oportunidades reales, en fin, las condiciones en que un individuo viene al mundo y se desarrolla inciden directamente en sus oportunidades y en su calidad de vida en general.

- Satisfacción personal. A niveles muy personales, las decisiones individuales y el modo único de lidiar con todas las condiciones anteriores son, también, factores de importancia en la calidad de vida de un individuo.

- Cultura y sociedad. Las condiciones culturales ejercidas sobre un individuo o un grupo de ellos por el resto de la comunidad o por sí mismos tampoco pueden ser dejadas delado

4.3. Instrumentos

4.3.1. Cuestionario de la calidad de vida en la insuficiencia venosa (CIVIQ 14). En el año 2012, los mismos creadores del CIVIQ - 20 construyeron y validaron la versión modificada: el CIVIQ – 14. El mismo que consta de 14 ítems o preguntas, cada pregunta tiene 5 opciones (valores de 1 a 5). En este test se identifican 3 dimensiones: dolor (3 preguntas), física (5 preguntas) y psicológica (6 preguntas).

Se construyó mediante la eliminación de los seis elementos (6 preguntas) más inestables del CIVIQ 20, adicionalmente combinó las esferas social y física, dejando como resultado del instrumento con 14 elementos dividida en tres dimensiones (dolor, física y psicológica), la estabilidad se validó al idioma polaco, checo, español y francés con 1334, 506, 476, 291 y 397 pacientes con TVC respectivamente (Launois, et al, 2012).

Launois y colaboradores en el 2011 realizaron un análisis multirasgo/multimétodo de los componentes principales del CIVIQ 14.

La evaluación psicométrica demostró que CIVIQ - 14 resultó fiable con un coeficiente intraclassa $> 0,8$ kappa ponderada $> 0,8$; válida (los coeficientes de correlación entre las puntuaciones de la dimensión y gravedad clínica entre (0,3 y 0,6); y sensible (los tamaños del efecto $> 0,6$ para la dimensión psicológica y $>0,8$ para las otras dimensiones). Los autores recomendaron que sería conveniente realizar más estudios para confirmar los resultados (Ibíd, 2011).

Es necesario recalcar que el estudio de Launois se presentó en septiembre del año 2011 por tanto no alcanzó a ser incluido para el análisis del Foro Venoso Americano del mismo año, pero si fue incluido el CIVIQ – 20.

Kuet y colaboradores encontraron que existe una buena correlación entre dos herramientas específicas de CV (AVVQ y CIVIQ-14). Sugirió también que son válidas las comparaciones entre las herramientas de CV específicas y genéricas (KUET, 2013).

- Validación psicométrica del CIVIQ -14. Durante el proceso de validación los investigadores que desarrollaron el CIVIQ se plantearon varias interrogantes, en los diferentes tópicos que implicaron la validación.

- Validez. Dado que CIVIQ 14 proviene de CIVIQ 20 la validez se aplica a este instrumento, en donde se realizó un análisis multi-rasgo y multi-item para correlacionar cada ítem con cada dimensión; para esto se utilizaron dos parámetros, R1 evalúa la correlación entre un ítem y la dimensión, R2 lo correlaciona con otras dimensiones. Si R1 es mayor de 0,40, la validación convergente entre un ítem y su dimensión es considerada como buena. Si R1 es mayor que R2 el ítem se empareja con su dimensión y la validación de discriminación es buena, lo cual significa que la estructura es adecuada. En idioma español la relación tuvo una buena validez convergente (Launois 2010).

- Estructura factorial. Mediante el análisis Rotación Promax se encontró que algunos ítems sobre todo en la esfera social determinan una estructura inestable del CIVIQ-20 debido principalmente a la variabilidad con respecto a situaciones culturales, por ello sus autores decidieron eliminar las 6 preguntas más inestables, determinando con ello la construcción del CIVIQ 14 (Launois 2010, 2011).

Un estudio Serbio en 2011 también encontró inestabilidad al aplicar la prueba de Rotación Promax, en el CIVIQ 14 lo cual resta validez a la calificación e interpretación de las tres esferas por separado, sin embargo el análisis de la esfera global mostró excelentes resultados tanto en ese estudio como en el estudio de validación del CIVIQ 20. Es importante considerar que de todos modos la información que ofrece el análisis por esfera no deja de ser interesante al momento de analizar los resultados.

- Relevancia y aceptabilidad. Fue directamente derivada desde los ítems del CIVIQ 20, pues de 4.048 sujetos a quienes se aplicó la encuesta solo 53 no la completaron, adicionalmente 3.656 participantes llenaron la encuesta en 5 momentos diferentes ya que así lo contemplaba el protocolo del estudio RELIEF que fue el principal estudio de validación (Launois 2010, 2012).

- Confiabilidad. Para determinar si el CIVIQ 14 estaba libre de errores ocasionados por el azar se calculó el coeficiente de correlación intraclase, el cual fue elevado: 0,88 para la dimensión dolor; 0,93 para la física y 0,94 para la psicológica. Estos resultados además confirmaron que la consistencia interna fue satisfactoria.

- Reproducibilidad. El estudio de validación del CIVIQ incluyó aplicaciones de la encuesta al día 0 y al día 15, el promedio medido con kappa fue mayor de 0,8 lo cual indica buena reproducibilidad de esta escala. (Launois, 2012).

- Validez de construcción. Se utilizó como referencia el estudio RELIEF, para correlacionar scores de severidad clínica con la calidad de vida, basándose principalmente en la comparación con síntomas: Sensación de hinchazón, pesantez, calambres y dolor, con ello la validez convergente se encontró en el límite, sin embargo esto era de esperar porque las medidas clínicas no muy a menudo se correlacionan bien con las medidas de CV, a pesar de esto el CIVIQ 14 se considera bastante convergente. (Launois 2010, 2012).

- Validez del contenido. Debido a que se realizaron traducciones en más de 10 idiomas las diferencias culturales y sociales determinaron algunos problemas en los casos en los que las traducciones no contemplaron estas diferencias entre los países o culturas, sin embargo en el idioma español se pudo evitar este efecto en forma satisfactoria. (Launois, 2011). Ventajas del CIVIQ -14 sobre el CIVIQ -20.

- Mejor aceptabilidad, más rápida.
- Más estable.

Desventajas del CIVIQ-14 sobre el CIVIQ-20.

- La correlación con instrumentos genéricos no está bien estudiada.
- Aplicación del CIVIQ-14 e interpretación de los resultados. La aplicación de este cuestionario permite calcular tres puntuaciones: Una puntuación por cada ítem, una puntuación por dimensión y por último una puntuación global. Su aplicación dura aproximadamente 7 minutos.

Una vez aplicada la encuesta se obtienen puntajes desde 14 hasta 70, sin embargo no es conveniente expresar una puntuación final dentro de este rango, en vista de ello los creadores del CIVIQ recomendaron aplicar una fórmula para obtener los resultados en un rango de 0 a 100 puntos, lo cual facilita al lector la interpretación, pues un resultado cercano a 0 significa excelente calidad de vida y uno cercano a 100 pésima CV.

En el caso de que se requiera comparar los resultados del CIVIQ 14 con escalas que consideran un resultado de 100 como óptima CV, (como el cuestionario SF-36) existe la posibilidad de invertir el resultado lo cual se hace restándolo de 100.

- Interpretación de los resultados del CIVIQ-14

Nivel de calidad de vida	Resultado inicial (rango 14 - 70)	Resultado final (rango 20 - 100)
Ninguno	14 - 25	0 - 20
Leve	26 - 36	21 - 40
Moderado	37 - 47	41 - 60
Grave	48 - 58	61 - 80
Muy grave	59 - 70	81 - 100

- Fórmulas específicas para el cálculo de IVC con CIVIQ 14.

- Cálculo del resultado global:

$$((\text{Puntuación final obtenida}-14))/ ((70 - 14))$$

- Cálculo del resultado por esferas:

- Esfera dolor:

$$((\text{Puntuación obtenida}-3))/ ((15 - 3))$$

- Esfera física:

$$((\text{Puntuación obtenida}-5))/ ((25 - 5))$$

- Psicológica:

$$((\text{Puntuación obtenida}-30))/ ((30 - 6))$$

5. Metodología

La presente investigación se llevó a cabo en pacientes con diagnóstico de insuficiencia venosa crónica que acudieron al servicio de consulta externa de cirugía vascular en la clínica Abendaño de Loja, periodo octubre 2020 - agosto 2021.

5.1. Enfoque

Cuantitativo.

5.2. Tipo de Diseño

Diseño no experimental, de tipo prospectivo y de cohorte transversal.

5.3. Unidad de Estudio

Consulta externa del servicio de cirugía vascular en la clínica Abendaño de Loja.

5.4. Universo y muestra

Integrado por 70 pacientes con insuficiencia venosa crónica que acudieron al servicio de consulta externa de cirugía vascular en la clínica Abendaño de Loja que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

5.5. Criterios de Inclusión

- Pacientes que deseen colaborar en la investigación y que firmen el consentimiento informado.
- Pacientes con diagnóstico de insuficiencia venosa crónica atendidos en la clínica Abendaño de Loja.
- Pacientes con insuficiencia venosa crónica entre 20 y 80 años.

5.6. Criterios de Exclusión

- Pacientes que no hayan contestado todas las preguntas del cuestionario.
- Pacientes con insuficiencia venosa crónica que ya se les haya realizado una evaluación de calidad de vida.
- Pacientes que tengan insuficiencia venosa crónica sin factores de riesgo aparentes.

5.7. Técnicas

El presente trabajo de investigación se utilizó la técnica primaria de encuesta y cuestionario para la recolección de datos de manera presencial.

5.8. Instrumentos

5.8.1. Consentimiento informado (Anexo 1). Elaborado en base a los parámetros establecidos por el comité de evaluación de ética e investigación (CEI) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), mismo que contiene introducción, propósito, tipo de intervención, selección de participantes, principio de voluntariedad, información sobre los instrumentos de

recolección de datos, procedimiento, protocolo, descripción del proceso, duración del estudio, beneficios, confidencialidad, resultados, derecho de negarse o retirarse, y a quien contactarse en caso de algún inconveniente o duda.

5.8.2. Formulario de factores de riesgo para insuficiencia venosa crónica (Anexo 2). Datos obtenidos de la fundación de enfermería de Cantabria, en la cual constan factores de riesgo modificables como: sobrepeso, obesidad, sedentarismo, bipedestación prolongada, consumo de anticonceptivos hormonales, y factores no modificables como: edad, sexo, herencia, número de embarazos.

5.8.3. Cuestionario sobre calidad de vida para la insuficiencia venosa crónica (CIVIQ 14) (Anexo 3). Modificación realizada en 2012 a partir del CIVIQ 20 elaborado y aprobado por Launois R, Reboul-Marty J, Henry B en diciembre de 1996, Francia. El mismo consta de 14 ítems o preguntas, cada pregunta tiene 5 opciones (valores de 1 a 5). En este test se identifican 3 dimensiones: dolor (3 preguntas), física (5 preguntas) y psicológica (6 preguntas).

La aplicación de este cuestionario permite calcular tres puntuaciones: Una puntuación por cada ítem, una puntuación por dimensión y por último una puntuación global. Su aplicación dura aproximadamente 7 minutos. Una vez aplicada la encuesta se obtienen puntajes desde 14 hasta 70, sin embargo no es conveniente expresar una puntuación final dentro de este rango, en vista de ello los creadores del CIVIQ recomendaron aplicar una fórmula para obtener los resultados en un rango de 0 a 100 puntos, lo cual facilita al lector la interpretación, pues un resultado cercano a 0 significa excelente calidad de vida y uno cercano a 100 pésima CV.

5.8.3.1. Interpretación de los resultados del CIVIQ-14.

Nivel de calidad de vida	Resultado inicial (rango 14 - 70)	Resultado final (rango 20 - 100)
Ninguno	14 - 25	0 - 20
Leve	26 - 36	21 - 40
Moderado	37 - 47	41 - 60
Grave	48 - 58	61 - 80
Muy grave	59 - 70	81 - 100

5.8.3.2. Formulas específicas para el cálculo de IVC con CIVIQ 14.

- Cálculo del resultado global:

$$\frac{(\text{Puntuación final obtenida} - 14)}{(70 - 14)}$$

- Cálculo del resultado por esferas:

Esfera dolor:

$$\frac{(\text{Puntuación obtenida} - 3)}{(15 - 3)}$$

Esfera física:

$$\frac{(\text{Puntuación obtenida} - 5)}{(25 - 5)}$$

Psicológica:

$$\frac{(\text{Puntuación obtenida} - 30)}{(30 - 6)}$$

5.9. Procedimiento

Luego de una exhaustiva revisión bibliográfica se procederá a solicitar la aprobación y pertinencia del proyecto a la dirección de la carrera de Medicina Humana, posterior la designación del director de tesis, luego se realizaron los trámites correspondientes para recopilar los datos con las autoridades de la Clínica Abendaño de Loja, se aplicó el consentimiento informado, así como el formulario de factores de riesgo y finalmente el cuestionario CIVIQ-14. Obtenidos los datos se procedió a analizar los mismos, y con esto la obtención de resultados y elaboración de conclusiones correspondientes.

5.10. Recursos Humanos y Materiales

5.10.1. Recursos humanos.

- Estudiante investigador: Judith Marisol Granda Elizalde.
- Director de investigación: Dr. Raúl Arturo Pineda Ochoa, Esp.
- Pacientes que acudieron al servicio de consulta externa de cirugía vascular de la clínica Abendaño de Loja.
- Autoridades pertenecientes a la Universidad Nacional de Loja, decano de la Facultad de la Salud Humana, gestora académica de la Carrera de Medicina Humana y director general de la clínica Abendaño.

5.10.2. Recursos materiales.

- Computadora
- Impresora
- Material de oficina
- Internet
- Transporte
- Hoja de recolección de datos

5.11. Análisis Estadístico

Luego de obtenida la información, se procedió a tabular los datos para lo cual se utilizó el programa de Microsoft Office Excel 2019, además del programa estadístico SPSS para prueba de Chi², y la presentación de resultados se reflejaron en tablas.

6. Resultados

6.1 Tabla 1: Distribución de Acuerdo a Sexo y Edad de los Pacientes con Insuficiencia Venosa de la Clínica Abendaño de Loja

Edad	Sexo				Total	
	F		M		f	%
	f	%	f	%	f	%
Adulto joven	11	15,7	5	7,1	16	22,8
Adulto maduro	31	44,3	6	8,6	37	52,9
Adulto mayor	11	15,7	6	8,6	17	24,3

F: femenino, M: masculino, f: frecuencia, %: porcentaje

Fuente: base de datos

Elaboración: Judith Marisol Granda Elizalde

Análisis: El total de pacientes con diagnóstico de insuficiencia venosa crónica que acuden al servicio de consulta externa de Cirugía Vasculard de la Clínica Abendaño de Loja y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, fue de 70. El 75,7% (n=53) conformado por mujeres, de las cuales, 44,3% (n=31) son adultas maduras, 15,7% (n=11) adultas jóvenes y 15,7% (n=11) adultas mayores. En cambio, la población masculina estuvo constituida por 24,3% (n=17), siendo el 8,6% (n=6) adultos mayores, 8,6% (n=6) adultos maduros y 7,1% (n=5) adultos jóvenes. Se puede estimar una prevalencia de mujeres, sobre todo en edades comprendidas entre 41 a 65 años.

6.2. Resultado del primer objetivo

Identificar los factores de riesgo modificables y no modificables según sexo y grupo de edad en pacientes con insuficiencia venosa crónica de la Clínica Abendaño de Loja.

6.2.1. Tabla 2: Factores de riesgo modificables en pacientes con insuficiencia venosa crónica de la Clínica Abendaño de Loja, según sexo y grupo de edad.

Factores de riesgo modificables	Sexo y grupo de edad												Total	
	Adulto joven				Adulto maduro				Adulto mayor					
	F		M		F		M		F		M		f	%
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
Sobrepeso	7	10	3	4,3	15	21,4	2	2,9	2	2,9	0	0	29	41,5
Obesidad	3	4,3	0	0	10	14,3	3	4,3	2	2,9	2	2,9	20	28,5
Bipedestación	11	15,7	5	7,1	25	35,7	6	8,6	4	5,7	2	2,9	53	75,7
Sedentarismo	8	11,4	3	4,3	25	35,7	5	7,1	11	15,7	6	8,6	58	82,8
Consumo de anticonceptivos	10	18,9	0	0	22	41,5	0	0	0	0	0	0	45,7	5

F: femenino, M: masculino, f: frecuencia, %: porcentaje

Fuente: base de datos

Elaboración: Judith Marisol Granda Elizalde

Análisis: Tras el análisis de los factores de riesgo modificables presentes en nuestra población de estudio, podemos determinar un predominio de sedentarismo en 82,8% (n=58) de adultos, de estos, 62,8% (n=44) corresponde a mujeres y 20% (n=14) a hombres. La bipedestación prolongada con 75,7% (n=53), integrada por 57,1% (n=40) mujeres y 18,60% (n=13) hombres. Sobrepeso con 41,5% (n=29), de ellos, 34,4% (n=24) mujeres y 7,1% (n=5) hombres. El 28,5% (n=20) presentaron obesidad, 21,4% (n=15) mujeres y 7,1% (n=5) hombres. 45,7% (n=32) mujeres presentan como factor predisponente el consumo de anticonceptivos. Los factores de riesgo predominan en la población de adultos maduros, tanto de mujeres como hombres.

6.2.2. Tabla 3: Factores de riesgo no modificables en pacientes con insuficiencia venosa crónica de la Clínica Abendaño de Loja, según sexo y grupo de edad.

Factores de riesgo no modificables	Sexo y grupo de edad															
	Adulto joven				Adulto maduro				Adulto mayor				Total			
	F		M		F		M		F		M		F		M	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Edad	11	15,7	5	7,1	31	44,3	6	8,6	11	15,7	6	8,9	53	75,7	17	24,3
Sexo	11	15,7	5	7,1	31	44,3	6	8,6	11	15,7	6	8,9	53	75,7	17	24,3
Antecedentes familiares de insuficiencia venosa profunda	6	8,6	5	7,1	15	21,4	3	4,3	4	5,7	2	2,9	25	35,7	10	14,3
Multiparidad	2	3,8	0	0	25	47,2	0	0	10	18,9	0	0	37	52,9	0	0

F: femenino, M: masculino, f: frecuencia, %: porcentaje

Fuente: base de datos

Elaboración: Judith Marisol Granda Elizalde

Análisis: Examinando los factores de riesgo no modificables, se encontró un predominio de mujeres, representado por el 75,7% (n=53), mientras que los hombres hacían parte del 24,3% (n=17). Con respecto a la edad, existe mayor incidencia en adultos maduros, siendo 44,3% (n=31) y 8,9% (n=6) mujeres y hombres, respectivamente. 50% (n=35) tienen antecedentes familiares de insuficiencia venosa profunda. En todos los casos, se evidencia mayor número de adultas maduras, ya que esta población fue la que más participó en esta investigación. Finalmente, de 75,7% (n=53) de mujeres, 52,9% (n=37) presentan como factor de riesgo la multiparidad.

6.3. Resultado del Segundo Objetivo

Determinar los niveles de deterioro de calidad de vida según sexo y grupo de edad en pacientes con insuficiencia venosa crónica de la Clínica Abendaño de Loja.

6.3.1. Tabla 4: Niveles de deterioro de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia venosa crónica de la Clínica Abendaño de Loja, según sexo y grupo de edad.

Niveles de deterioro de la calidad de vida	Sexo y grupo de edad													
	Adulto joven				Adulto maduro				Adulto mayor				Total	
	F		M		F		M		F		M		f	%
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Leve	8	11,4	2	2,9	12	17,1	3	4,3	3	4,3	1	1,4	29	41,4
Moderado	1	1,4	0	0	14	20,0	2	2,9	5	7,1	2	2,9	24	34,3
Grave	0	0	1	1,4	3	4,3	1	1,4	2	2,9	3	4,3	10	14,3
Muy grave	0	0	0	0	2	2,9	0	0	1	1,4	0	0	3	4,3
Total	11	15,7	5	7,1	31	44,3	6	8,6	11	15,7	6	8,6	70	100

F: femenino, M: masculino, f: frecuencia, %: porcentaje

Fuente: base de datos, Cuestionario CIVIQ 14

Elaboración: Judith Marisol Granda Elizalde

Análisis: Indagando los niveles de deterioro de la calidad de vida, se encontró que 41,4% (n=29) tienen deterioro leve, prevalente en adultas maduras con 17,1% (n=12). 32,8% (n=22) presentaron deterioro moderado, de los cuales, 20% (n=14) corresponden a adultas maduras, seguido del 7,1% (n=5) de adultos mayores. 15,7% (n=11) mostraron deterioro grave, de ellos, 5,7% (n=4) adultos mayores y 4,3% (n=3) adultas maduras. 5,8% (n=4) de adultos jóvenes, 2,9% (n=2) tanto de hombres como mujeres, no manifestaron deterioro alguno y 4,3% (n=3) tuvieron deterioro muy grave. El grupo más afectado son adultas maduras, no obstante, estos resultados se pueden justificar debido a que existió mayor número de mujeres que participaron en la presente investigación.

6.4. Resultado del Tercer Objetivo

Contrastar los factores de riesgo modificables y no modificables con los niveles de deterioro de calidad de vida de pacientes con insuficiencia venosa crónica de la Clínica Abendaño de Loja.

6.4.1. Tabla 5: Relación entre factores de riesgo modificables y no modificables, con los niveles de deterioro de calidad de vida de pacientes con insuficiencia venosa crónica de la Clínica Abendaño de Loja.

Factores de riesgo modificables	Niveles de deterioro de la calidad de vida								Total	
	Leve		Moderado		Grave		Muy grave			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Sobrepeso	7	10	15	21,4	2	2,9	2	2,9	29	41,5
Obesidad	2	2,9	13	18,6	3	4,3	2	2,9	20	28,7
Bipedestación	5	7,1	39	55,7	5	7,1	4	5,7	53	75,7
Sedentarismo	10	14,3	34	48,6	9	12,9	3	4,3	58	83,0
Consumo de anticonceptivos	12	17,1	15	21,4	3	4,3	0	0	32	45,7

F: femenino, M: masculino, f: frecuencia, %: porcentaje

Fuente: base de datos, Cuestionario CIVIQ 14

Elaboración: Judith Marisol Granda Elizalde

Análisis: Considerando los factores de riesgo modificables y los niveles de deterioro de la calidad de vida en nuestra población de estudio; se evidenció predominio de deterioro moderado en 55,7% (n=39) pacientes que mantienen o se mantenían en bipedestación prolongada superior a 8 horas; 48,6% (n=34) con vida sedentaria, es decir, que no realizaban ejercicio físico como mínimo 30 minutos diarios o 3 veces por semana; 21,4% (n=15) mujeres que consumen o consumían anticonceptivos; 21,4% (n=15) personas con sobrepeso y 18,6% (n=13) con obesidad. Al realizar la prueba estadística del Chi² no se encontró relación significativa entre las variables antes mencionadas, ya que el valor de p=0,08 aceptando la hipótesis nula y rechazando la relación entre factores de riesgo modificables y deterioro de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia venosa crónica.

6.4.1. Tabla 6: Relación entre factores de riesgo modificables y no modificables, con los niveles deterioro de calidad de vida de pacientes con insuficiencia venosa crónica de la Clínica Abendaño de Loja.

Factores de riesgo no modificables	Niveles de deterioro de la calidad de vida								Total	
	Leve		Moderado		Grave		Muy grave			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Adultos jóvenes	10	14,3	1	1,4	1	1,4	0	0	16	22,9
Adultos maduros	15	21,4	16	22,9	4	5,7	2	2,9	37	52,9
Adultos mayores	4	5,7	7	10,0	5	7,1	1	1,4	16	24,2
Femenino	23	32,9	20	28,6	5	7,1	3	4,3	53	75,7
Masculino	6	8,6	4	5,7	5	7,1	0	0	17	24,3
Antecedentes familiares	6	8,6	24	34,3	2	2,9	2	2,9	35	50
Multiparidad	9	12,9	23	32,9	4	5,7	1	1,4	37	52,9

F: femenino, M: masculino, f: frecuencia, %: porcentaje

Fuente: base de datos, Cuestionario CIVIQ 14

Elaboración: Judith Marisol Granda Elizalde

Análisis: Al estimar la relación entre factores de riesgo no modificables y niveles de deterioro de la calidad de vida, se evidenció que del 100% (n=70) de participantes, predominó el deterioro moderado en 34,3% (n=24) con antecedentes familiares de insuficiencia venosa profunda; 32,9% (n=23) mujeres multíparas; 22,9% (n=16) adultos maduros; 10% (n=7) adultos mayores. Se encontró deterioro leve en 32,9% (n=23) mujeres; 14,3% (n=10) adultos jóvenes y 8,6% (n=6) varones.

Para 24 grados de libertad, se observa en la tabla de distribución un valor calculado de 59,7, encontrándose fuera de la región de aceptación, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alternativa: “Existe relación entre factores de riesgo no modificables y deterioro de calidad de vida de pacientes con insuficiencia venosa crónica de la Clínica Abendaño de Loja”, con un valor de $p=0,00007$.

7. Discusión

La insuficiencia venosa crónica es una enfermedad que produce hipertensión venosa y compromete la irrigación sanguínea de los tejidos en el miembro afectado, lo que puede llevar al surgimiento de úlceras venosas (Azcona, 2018), repercutiendo directamente la calidad de vida de quien lo padece, tanto en la esfera física, psicológica y social. El presente estudio tuvo la finalidad de conocer los factores de riesgo y calidad de vida de 70 pacientes con insuficiencia venosa crónica de la Clínica Abendaño de Loja.

Dentro de los factores de riesgo modificables presentes en nuestra población de estudio, se encontró que el 82,8% de pacientes tienen una vida sedentaria; 75,7% mantienen una bipedestación prolongada mayor a 8 horas; 41,5% cursan con sobrepeso y 28,7% con obesidad. En cuanto al sexo femenino, 45,7% consumían o consumen anticonceptivos. Considerando los factores de riesgo no modificables, se determinó 75,7% de mujeres y 24,3% de hombres, siendo una relación de 3:1, esto debido a que la muestra tiene predominio de las mismas, además que según estudios realizados se demuestra que las mujeres se preocupan más por su estado de salud y acuden a los controles; 39,3% presentaron antecedentes familiares de insuficiencia venosa profunda; 53,2% fueron adultas maduras y 52,9% de mujeres eran multíparas. Resultados similares en un estudio realizado en la Universidad Técnica de Ambato en 2015, donde intervinieron 86 participantes en los cuales se determinó un predominio de los mismos factores de riesgo, encontrándose 81,61% de mujeres y 8,1% de varones, de los cuales 53,62% fueron adultas maduras y 57,47% presentaron antecedentes patológicos familiares (Toro, 2015). Es importante considerar que los resultados pueden variar de acuerdo a los grupos de edad, población establecida e instrumentos empleados, es así que en un estudio realizado en el Hospital Edgardo Rebagliati, se encontró un resultado diferente, dado que el 56,3% eran del género masculino y el 43,7% eran de sexo femenino, debido a que la población estudiada no solo tenían insuficiencia venosa crónica, también presentaban úlceras venosas, complicación con mayor incidencia en el género masculino (Sánchez, 2016).

Tras la aplicación del cuestionario CIVIQ 14, se valoró los niveles de deterioro de la calidad de vida, evidenciándose 5,8% de pacientes sin ningún deterioro; 41,4% con deterioro leve; 32,8% con deterioro moderado, 15,7% con deterioro grave y 4,3% con deterioro muy grave. En el estudio realizado en 3 hospitales de Quito en 2014, predominó el deterioro moderado (Jaramillo & López, 2014).

Los factores de riesgo modificables con los niveles de deterioro de calidad de vida, no tienen relación estadísticamente significativa ($p=0.08226$), a diferencia de los factores de riesgo no modificables y niveles de deterioro de calidad de vida, entre las cuales existe relación estadísticamente significativa ($p=0.00006947$), encontrándose mayor número de adultas maduras que cursan con deterioro leve, mientras que aquellos pacientes con antecedentes de insuficiencia venosa profunda y multíparas, presentan deterioro moderado. En el Hospital Eugenio Espejo en el año 2015, se valoró la calidad de vida en personas con diagnóstico de insuficiencia venosa crónica que se encuentran en espera de cirugía venosa, observándose que la calidad de vida está mayormente afectada en los pacientes con estadios clínicos más altos (C5, C6) y que presenta una relación con la edad, debido a que a mayor edad de los pacientes estudiados era mayor el grado de afectación de calidad de vida según el cuestionario CIVIQ 14 (Carrasco, 2015).

8. Conclusiones

La población con mayor número de participantes fue la del sexo femenino seguida del masculino en una relación 3:1, predominando adultos maduros. Aplicando la encuesta sobre factores de riesgo modificables de insuficiencia venosa crónica, se observó un predominio de sedentarismo y bipedestación prolongada, tanto en hombres como mujeres, seguido de sobrepeso, obesidad y consumo de anticonceptivos. Con respecto a factores no modificables, prevaleció el sexo femenino, adultos maduros, antecedentes familiares de insuficiencia venosa profunda y multiparidad.

Utilizando el cuestionario CIVIQ-14 de deterioro de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia venosa crónica, prevaleció deterioro moderado en mujeres maduras; mientras que hombres maduros y mayores presentaron deterioro leve y grave, respectivamente. Se evidencia que la calidad de vida y edad mantienen relación directamente proporcional, de manera que a mayor edad, mayor deterioro, afectando sobre todo a mujeres, porque presentan mayor cantidad de factores de riesgo asociados.

Existió relación estadísticamente significativa entre factores de riesgo no modificables y niveles de deterioro de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia venosa crónica, predominando deterioro leve en adultas maduras. Se debe considerar la interacción entre estas variables y su repercusión física, social y psicológica.

9. Recomendaciones

Al personal en atención primaria de salud, que elabore estrategias de promoción y prevención, considerando que la insuficiencia venosa crónica es una afección que genera altos gastos económicos y posteriores complicaciones como trombosis, calcificaciones, úlceras, entre otras, lo cual afecta directamente a la calidad de vida de quien lo padece. Realizar un diagnóstico oportuno y brindar tratamiento multidisciplinario, de tal manera que se mejore el bienestar físico, psicológico y social del paciente. A los pacientes que tengan esta patología, acudir a los controles y seguir todas las indicaciones del médico sin obviar nada.

A mujeres, evitar el uso de tacones por tiempo prolongado, porque esto causa retención de líquidos y aumenta la presión venosa; no consumir píldoras anticonceptivas sin antes haberse realizado una valoración médica, ya que estas aumentan la permeabilidad venosa y su dilatación, empeorando el cuadro clínico.

A la población en general, evitar el sedentarismo y ortostatismo prolongado; realizar ejercicio físico tres a cuatro veces por semana o mínimo treinta minutos diarios y mantener una alimentación balanceada, de tal manera que se prevenga patologías como sobrepeso, obesidad, estreñimiento crónico, hipertensión, diabetes, entre otras; evadir el consumo de sustancias tóxicas como alcohol y tabaco; eludir fuentes de calor como saunas o exposiciones al sol de manera prolongada y constante.

A futuros investigadores, que implementen guías de educación continua sobre medidas preventivas y cuidados del paciente con insuficiencia venosa crónica.

10. Bibliografía

- Ahumada, M., Vioque, J. (2017) Prevalence and riskfactors of varicoseveins in adults. *MedClinBarc*; 123 (17):647-51.
- Aleuy, L. E. (2016). Calidad de vida de pacientes portadores de varices en extremidades inferiores con residencia en Valdivia que se encuentran en lista de espera para cirugía. (Tesis de licenciatura). Universidad de Australia de Chile, facultad de medicina.
- Álvarez, L.J., Lozano, F., Marinel,L.J., Masegosa, J.A.,(2018). Encuesta epidemiológica sobre la insuficiencia venosa crónica en España: Estudio DETECT-IVC 2018. *Angiología*, 60(1),27-36.
- Bachoo, P., (2019). Interventions for uncomplicated varicose veins.*Phlebology*, 24 (Suppl 1), 3–12
- Bisang, U., Meier T. O., Enzler, M., Thalhammer, C., Husmann, M., Amann-Vesti, B. R., (2017). Results of endovenousClosureFast treatment for varicose veins in an outpatient setting.*Phlebology* ;27:118–123.
- Brazier JE, Harper R, Jones NMB et al. Validating the SF36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary No conclusions about cost-effectiveness can be inferred care. *BMJ* 1992; 305: 160–164.
- Buitrago J., Rodríguez, O.I., Rojas, P. A., Ruiz, H.A. (2017). Calidad de vida en pacientes con desórdenes venosos crónicos y su relación con la clasificación clínica CEAP. *Revista Colombiana de Cirugía Vasculuar*. 13, (1).13-22
- Buitrago, J., (2018) Epidemiología de los desórdenes venosos crónicos. Disponible en URL:<http://www.utp.edu.co/~cirugia/EpidemiologiaesordenesVenosos.pdf>.
- Carrasco, E., Días, S., Gonzáles, A., Permanyer, J. (2016). Guía de Buena Práctica Clínica en Patología Venosa. Primera Edición. España: International Marketing & Communications S.A.
- Courtois, M.-C., & Zambon, J. (2019). Várices e insuficiencia venosa crónica. *EMC-Tratadode Medicina*, 23(1), 1-11. [https://doi.org/10.1016/s1636-5410\(18\)41693-5](https://doi.org/10.1016/s1636-5410(18)41693-5).
- García Carriazo, M., Gómez de las Heras, C., Mármol Vázquez, P., & Ramos Solís, M. F. (2016). Estudio de la insuficiencia venosa crónica mediante ecografía Doppler y realización de cartografía venosa. *Radiología*, 58(1), 7-15. <https://doi.org/10.1016/j.rx.201.10.006>

- Lizán Tudela L, Reig Ferrer A. Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud: la versión española de las viñetas COOP/WONCA. *Aten Primaria*, 24 (2019), pp. 75-8
- Martinelli, M. (2018). Factores asociados a insuficiencia venosa periférica en el hospital nacional Sergio Bernales de julio a noviembre 2017. (Tesis de pregrado). Universidad Ricardo Palma, Lima-Perú.
- Mendoza, S., (2018). Factores de riesgo de insuficiencia venosa crónica estudio a realizar en la consulta externa de cirugía cardiovascular del hospital Abel Gilbert Pontón en el periodo 2017 – 2018. (Tesis de pregrado). Universidad de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador.
- Miquel, C., Rial, R., Ballesteros, M., y García, C. (2015). Guía de práctica clínica en enfermedad venosa crónica del Capítulo de Flebología y Linfología de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular. *Angiología*, 68 (1), 55-62. doi:10.1016/j.angio.2015.09.011
- Naranjo, M., (2018). Enfermedad venosa crónica en miembros inferiores. Tratamiento endovascular mediante radiofrecuencia. *Intervencionismo*, 18(2), 45-49. doi:10.30454/2530-1209.2018.18.2.2
- Nordon, I., Hinchliffe, R., Brar, R., Moxey, P., Black, S., Thompson, M., y Loftus, I. (2016). A prospective double-blind randomized controlled trial of radiofrequency versus laser treatment of the great saphenous vein in patients with varicose veins. *Annals of surgery*, 254(6), 876-881. doi: 10.1097 / sla.0b013e318230af5a
- Paolinelli, P. (2019). Ultrasonido Doppler de extremidades inferiores para el estudio de la insuficiencia venosa. *Revista Chilena de Radiología*, 15(4), 181-189. Recuperado de http://www.webcir.org/revistavirtual/articulos/mayo10/chile_05_a.pdf
- Pérez, C. (2019). Prevalencia de safenectomía por insuficiencia venosa crónica, y factores asociados en el Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2017. (Tesis de postgrado). Universidad de Cuenca, Cuenca – Ecuador.

- Perrin, M., Maleti, O., y Lugli, M. (2018). Tratamiento endovascular de las várices de los miembros inferiores. Técnicas y resultados. *EMC - Cirugía General*, 18 (1), 1–27. doi: 10.1016 / s1634-7080 (18) 88613-x
- Proebstle, T., Alm, B., Göckeritz, O., Wenzel, C., Noppeney, T., Lebard, C.,...Pichot, O. (2015). Five-year results from the prospective European multicentre cohort study on radiofrequency segmental thermal ablation for incompetent great saphenous veins. *British Journal of Surgery*, 102(3), 212-218. doi : 10.1002 / bjs.9679
- Rial, R., Galindo, A., Martínez, I., y Serrano, F. (2017). Protocolo diagnóstico de la enfermedad venosa crónica. *Medicine*, 12 (41), 2470-2473. doi:10.1016/j.med.2017.09.017
- Rial, R., Serrano, F., Moñux, G., Reina, T., y Martín, A. (2017). Enfermedad venosa crónica. Conceptos actuales y avances terapéuticos. *Medicine*, 12(41), 2448–2457. doi:10.1016/j.med.2017.09.013
- Rodríguez, B., y Álvarez, E. (2018). Actualización del tratamiento de la insuficiencia venosa en la gestación. *Semergen*, 22(1), 1 – 8. doi: 10.1016/j.semereg.2017.11.003 39
- Rodríguez, R. (2016). Tratamiento endovascular de la enfermedad varicosa. Una década después. *Angiología*, 41(4), 214-223 Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=50728>
- Roldan, L. (2017). Factores asociados a insuficiencia venosa periférica en el hospital nacional Sergio Bernales de julio a noviembre 2017. (Tesis de pregrado). Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.
- Vázquez, I., y Acevedo, M. (2016). Prevalencia de insuficiencia venosa periférica en el personal de enfermería. *Enfermería Universitaria*, 13(3), 166–170. doi:10.1016/j.reu.2016.05.003
- Marsh, P., Price, B., Holdstock, J., Harrison, C., y Whiteley, M. (2018). Deep Vein Thrombosis (DVT) after Venous Thermoablation Techniques: Rates of Endovenous Heat-induced Thrombosis (EHIT) and Classical DVT after Radiofrequency and Endovenous Laser Ablation in a Single Centre. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 40 (4), 521–527. doi: 10.1016 /j.ejvs.2018.05.011

11 Anexos

11.1. Anexo 1. Aprobación y Pertinencia del Tema



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0053 DCM-FSH-UNL

PARA: Srta Judith Marisol Granda Elizalde
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Tania Cabrera
**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA**

FECHA: 12 de febrero de 2021

**ASUNTO: APROBACIÓN DE TEMA E INFORME DE PERTINENCIA DEL
PROYECTO DE TESIS**

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación titulado: **"Factores de riesgo y calidad de vida de pacientes con insuficiencia venosa crónica del Hospital Isidro Ayora de Loja"**, de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita por el Dr. Raúl Pineda, Docente de la Carrera, una vez revisado y corregido se considera **aprobado ya que el mismo es pertinente**, por tanto puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
**TANIA VERONICA
CABRERA PARRA**

Dra. Tania Cabrera
**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA**
C.c.- Archivo, Estudiante.
NOT

11.2. Anexo 2. Asignación de Director de Tesis



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0075 DCM-FSH-UNL

PARA: Dr. Raúl Pineda
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dra. Tania Cabrera
**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA**

FECHA: 19 de febrero de 2021

ASUNTO: Designar Director de Tesis

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designado como director de tesis del tema: **"Factores de riesgo y calidad de vida de pacientes con insuficiencia venosa crónica del Hospital Isidro Ayora de Loja"**, autoría de la **Srta. Judith Marisol Granda Elizalde.**

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



Es enviado electrónicamente por:
**TANIA VERONICA
CABRERA PARRA**

Dra. Tania Cabrera
**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA**
C.c.- Archivo, Estudiante.
NOT

11.3. Anexo 3. Cambio de Población



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0228 DCM-FSH-UNL

PARA: Srta. Judith Marisol Granda Elizalde
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Tania Cabrera
**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA**

FECHA: 10 de mayo de 2021

**ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA MODIFICACION DEL TEMA DEL PROYECTO
DE INVESTIGACIÓN**

Mediante el presente expreso un cordial saludo, a la vez que me permito informarle sobre el proyecto de investigación, "**Factores de riesgo y calidad de vida de pacientes con insuficiencia venosa crónica del Hospital Isidro Ayora de Loja**", de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita por el Dr. Raúl Pineda, Docente de la Carrera y en calidad de director de tesis, con fecha 05 de mayo de 2021, donde propone la modificación del tema del proyecto de investigación debido a que se requiere el cambio de la población puesto que en el Hospital Isidro Ayora se encuentra suspendido el servicio de consulta externa, quedando tema de la siguiente manera: "**Factores de riesgo y calidad de vida de pacientes con insuficiencia venosa crónica de la Clínica Abendaño de Loja**".

Esta Dirección en vista de lo solicitado y expuesto, procede **autorizar la modificación del tema** del proyecto, puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,



Firmado digitalmente por:
**TANIA VERONICA
CABRERA FARRA**

Dra. Tania Cabrera
**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA**

C.c.- Archivo, Director de Tesis.
NOT

11.4. Anexo 4. Autorización para Recolección de Datos



Dr. Claudio Abendaño Mancini
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
ACREDITADO POR FETAL MEDICINE FOUNDATION

Loja, 12 de mayo del 2021

Srta. Judith Marisol Granda Elizalde
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA FSH-UNL
Ciudad.-

De mis consideraciones

Por medio de la presente me permito informar a usted que luego de revisar su Proyecto de Investigación titulado "FACTORES DE RIESGO Y CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA DE LA CLÍNICA ABENDAÑO DE LOJA", lo encuentro PERTINENTE Y FACTIBLE de realizar, por lo que autorizo el desarrollo del mismo en esta Casa de Salud, para lo cual se comunicará al cirujano cardiovascular Dr. Jorge Cabrera, para que se le presten las facilidades del caso para su realización.

Particular que comunico para los fines pertinentes

Atentamente,

Dr. Claudio Abendaño Mancini
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
REGISTRO MSP 1102578653

Dr. Claudio Abendaño Mancini
GERENTE DE LA CLÍNICA ABENDAÑO

11.5. Anexo 5. Certificación de Traducción

Loja, 21 de noviembre del 2022


David Andrés Araujo Palacios

TRADUCTOR E INTÉRPRETE DE IDIOMAS (INGLÉS-ESPAÑOL-INGLÉS)

CERTIFICO:

Que se ha realizado la traducción de español a inglés del resumen derivado de la tesis **“Factores de riesgo y calidad de vida de pacientes con insuficiencia venosa crónica de la clínica Abendaño de Loja”**. De autoría de la Srta. **Judith Marisol Granda Elizalde** portadora de la cédula de identidad número **1150757738**, estudiante de la **Carrera de Medicina Humana** de la **Facultad de la Salud Humana** de la **Universidad Nacional de Loja**, la misma que se encuentra bajo la dirección del **Dr. Raúl Pineda**.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facultando al interesado hacer uso del presente en lo que considere conveniente.


David Andrés Araujo Palacios
Registro: MDT-3104-CCL-252098

David A. Araujo P.
TRADUCTOR
3104-2021-252098
C.I.: 11045211445

11.6. Anexo 6. Consentimiento informado.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

Consentimiento Informado Organización Mundial de la Salud (OMS)

Este formulario de consentimiento informado está dirigido a los pacientes con insuficiencia venosa crónica que acuden a consulta en el Hospital Isidro Ayora de Loja, a quienes se invita a participar en el presente estudio denominado “Factores de riesgo y calidad de vida de pacientes con insuficiencia venosa crónica de la Clínica Abendaño de Loja”.

Tesista: Judith Marisol Granda Elizalde

Director de tesis: Dr. Raúl Arturo Pineda Ochoa, Esp.

Introducción

Yo, **Judith Marisol Granda Elizalde** portadora de la C.I. **1150757738** estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, estoy realizando un estudio para determinar factores de riesgo y calidad de vida de pacientes con insuficiencia venosa crónica, mediante un formulario de factores de riesgo y cuestionario CIVIQ 14. A continuación, pongo a su disposición la información y le invito a participar de este estudio, cualquier duda estoy a su disposición.

Propósito

La insuficiencia venosa crónica es una enfermedad silente que poco a poco se va estableciendo pudiendo llegar a ser limitante, afectando de manera física, psicológica y social.

Por medio del cuestionario CIVIQ 14 podemos saber aspectos fundamentales de la calidad de vida de un paciente con IVC, como lo es el dolor, estado físico y psicológico. Esto nos ayudará para concientizar al paciente y a la comunidad en general sobre los factores de riesgo que se deben evitar para llevar una adecuada calidad de vida y evitar posibles complicaciones.

Tipo de intervención de la investigación

Esta investigación incluye los datos personales del paciente con la aplicación del cuestionario CIVIQ 14.

Selección de participantes

Los participantes son los pacientes con insuficiencia venosa crónica que acuden a la Clínica Abendaño de Loja.

Participación voluntaria

La participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Puede tomar otra decisión posteriormente y decidir no formar parte del estudio. En caso de que usted acceda a participar en este estudio, se le pedirá completar el siguiente cuestionario anexo a este documento que tomará 10 minutos aproximadamente.

Información sobre el cuestionario

El cuestionario CIVIQ 14 es una herramienta que mediante catorce preguntas permite evaluar la calidad de vida del paciente con IVC.

Procedimiento y protocolo

Para la recolección de la información se aplicará el cuestionario CIVIQ 14, mismo que tendrá una duración de aproximadamente 10 minutos por cada persona.

Duración

Esta actividad tendrá una duración de aproximadamente 10 minutos por cada persona y se desarrollará por medio de una encuesta digital o presencial.

Beneficios

Al participar en esta investigación el beneficio es que podrá conocer los principales factores de riesgo que se asociaron para el desarrollo de IVC y la calidad de vida que posee actualmente.

Confidencialidad

Esta investigación se realizará en los pacientes con IVC que acuden a consulta en la Clínica Abendaño de Loja que hayan aceptado participar.

Su información recopilada durante la investigación no estará disponible para otras personas y será solo de conocimiento del investigador.

Compartiendo los resultados

Toda la información obtenida al finalizar el estudio será socializada en el repositorio digital de la Universidad Nacional de Loja. Además, esta será manejada con absoluta reserva y confidencialidad, no se divulgará información personal de ninguno de los participantes.

Derecho de negarse o retirarse.

Todo participante tiene derecho de negarse a participar en el proyecto, y aún así haya firmado el consentimiento informado, si ya no desea formar parte del proyecto, puede retirarse.

A quien contactar:

Cualquier inquietud por favor comunicarse al siguiente correo electrónico judith.granda@unl.edu.ec o al número de celular 0979850039.

He leído o me ha sido leída la información proporcionada. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Nombre del participante _____

Firma del participante _____

Cedula del participante _____

Fecha _____



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..... Portador de la cedula#...
..... Manifiesto que declaro en forma libre y voluntaria, con plena capacidad para ejercer mis derechos, que he sido ampliamente informado por el estudiante....., acerca de mi participación como sujeto de investigación en el presente proyecto cuyo tema es “Factores de riesgo y calidad de vida de pacientes con insuficiencia venosa crónica de la Clínica Abendaño de Loja” y los procedimientos que se llevaran a cabo. A su vez, se me ha expuesto la confidencialidad de los resultados.

Acepto se me evalúe y aplique el formulario para cual apruebo con mi firma.

.....
Nombres y Apellidos del Paciente

.....
Firma del Paciente

11.7. Anexo 7. Formulario de factores de riesgo para insuficiencia venosa crónica



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

Formulario de factores de riesgo de insuficiencia venosa crónica

Datos tomados de la Fundación de Enfermería de Cantabria

El presente formulario va dirigido a los pacientes que participan en el siguiente proyecto de investigación: “Factores de riesgo y calidad de vida de pacientes con insuficiencia venosa crónica que acuden a consulta en el Hospital Isidro Ayora de Loja”

Factores de riesgo no modificables.

- Edad ()
- Sexo ()
- Antecedentes familiares de insuficiencia venosa profunda: Si () No ()
- Número de embarazos ()

Factores de riesgo modificables.

- Sobrepeso y obesidad:
Talla () Peso () IMC ()
- Vida sedentaria:
Camina menos de 30 minutos diarios: Si () No ()
- Bipedestación:
Mayor a 8h () Menor a 8h ()
- Consumo de anticonceptivos hormonales: Si () No ()

Gracias por su colaboración

11.8. Anexo 8. Cuestionario autoadministrado al paciente CIVIQ 14



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

Elaborado y validado por Launois R, Reboul-Marty J, Henry B en 2012, Francia.

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

A continuación, vamos a enumerar ciertos síntomas, sensaciones o molestias que usted puede notar o no, 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 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 o 5: Si alguna vez se ha manifestado con más o menos intensidad.

REPERCUSIONES DE LA INSUFICIENCIA VENOSA EN SU CALIDAD DE VIDA

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

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

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

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

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

Ninguna molestia	Un poco molesto	Moderadamente molesto	Muy molesto	Extremadamente molesto
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	Moderadamente molesto	Muy molesto	Extremadamente molesto
4. Subir escaleras varios pisos.	1	2	3	4	5
5. Ponerse en cunclillas o arrodillarse.	1	2	3	4	5
6. Andar con paso ligero.	1	2	3	4	5
7. Ir a bares, al restaurant, una fiesta, una boda, de coctel.	1	2	3	4	5
8. Hacer deporte (tenis, fútbol), 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 4 semanas?
(Por cada proposición que figura en la tabla siguiente, señale con un círculo al número que corresponde a su respuesta)

	En absoluto	Poco	Moderadamente	Mucho	Completamente
9. Me siento Nervioso o tenso.	1	2	3	4	5
10. Tengo la impresión de ser una carga para los demás.	1	2	3	4	5
11. Me da vergüenza enseñar mis piernas.	1	2	3	4	5
12. Me irrito y me pongo de mal humor fácilmente.	1	2	3	4	5
13. Me siento Como minusválido.	1	2	3	4	5
14. Me he sentido como si hubiera estado incapacitado.	1	2	3	4	5

Gracias por su colaboración

11.9. Anexo 9. Base de Datos

Factores de riesgo no modificables				
N	Edad	Sexo	Antecedentes IVP	Multiparidad
1	69	M	Si	X
2	42	F	Si	7
3	30	M	No	X
4	74	F	SI	2
5	68	F	Si	3
6	46	F	No	2
7	47	F	Si	4
8	80	F	No	5
9	48	F	Si	5
10	80	F	No	12
11	37	F	Si	2
12	56	F	No	8
13	32	M	Si	X
14	33	F	Si	1
15	67	M	Si	X
16	33	F	No	2
17	59	F	No	1
18	55	F	No	4
19	47	F	No	3
20	30	F	Si	1
21	42	F	No	3
22	61	F	No	7
23	54	M	No	X
24	55	F	Si	15
25	69	M	Si	X
26	42	F	Si	7
27	30	M	No	X
28	74	F	SI	2
29	68	F	Si	3
30	46	F	No	2
31	47	F	Si	4
32	79	F	No	5
33	48	F	Si	5
34	80	F	No	12
35	37	F	Si	2
36	56	F	No	8
37	32	M	Si	X
38	33	F	Si	1

39	67	M	Si	X
40	33	F	No	2
41	59	F	No	1
42	55	F	No	4
43	47	F	No	3
44	31	F	Si	1
45	42	F	No	3
46	61	F	No	7
47	54	M	No	X
48	55	F	Si	15
49	56	F	No	8
50	32	M	Si	X
51	48	M	Si	X
52	36	F	Si	3
53	40	F	SI	4
54	63	M	Si	X
55	50	F	Si	3
56	42	F	Si	5
57	72	M	Si	X
58	68	F	Si	5
59	35	F	Si	2
60	30	F	Si	2
61	47	F	Si	4
62	44	F	Si	3
63	54	M	Si	X
64	56	M	No	X
65	75	M	No	X
66	70	F	Si	7
67	65	F	No	5
68	62	F	Si	3
69	55	F	No	3
70	78	F	No	5

Factores de riesgo modificables			
Sobrepeso y obesidad	Camina < 30 min diarios	Bipedestación prolongada > 8h	Consumo de anticonceptivo
Normal: 24,22	Si	Si	X
Sobrepeso: 27,94	Si	Si	Si
Normal: 20,68	No	No	X
Normal: 24,03	Si	Si	Si
Obesidad grado I: 31,25	No	Si	No
Obesidad grado I: 32,90	Si	Si	Si
Obesidad grado II: 37,18	Si	No	Si
Normal: 19,53	No	No	No
Normal: 18,45	No	Si	Si
Normal: 20,51	Si	Si	No
Sobrepeso: 28,33	Si	Si	Si
Sobrepeso: 29,41	No	Si	No
Sobrepeso: 27,87	Si	No	X
Obesidad grado I: 31,53	Si	Si	Si
Obesidad grado III: 40,88	Si	Si	X
Sobrepeso: 29,74	Si	Si	Si
Sobrepeso: 27,34	Si	Si	Si
Obesidad grado II: 36,05	Si	No	No
Sobrepeso: 26,00	Si	Si	Si
Normal: 23,67	Si	Si	Si
Normal: 22,22	Si	Si	Si
Sobrepeso: 28,44	Si	Si	No
Obesidad grado I: 30,85	Si	Si	X
Obesidad grado II: 35,47	Si	Si	No
Normal: 24,22	Si	Si	X
Sobrepeso: 27,94	Si	Si	Si
Normal: 20,68	No	No	X
Normal: 24,03	Si	Si	No
Obesidad grado I: 31,25	No	Si	No
Obesidad grado I: 32,90	Si	Si	Si
Obesidad grado II: 37,18	Si	No	No
Normal: 19,53	No	No	No
Normal: 18,45	No	Si	No
Normal: 20,51	Si	Si	No
Sobrepeso: 28,33	Si	Si	Si
Sobrepeso: 29,41	No	Si	No
Sobrepeso: 27,87	Si	No	X

Obesidad grado III: 40,88	Si	Si	X
Sobrepeso: 29,74	Si	Si	Si
Sobrepeso: 27,34	Si	Si	No
Obesidad grado II: 36,05	Si	No	No
Sobrepeso: 26,00	Si	Si	No
Normal: 23,67	Si	Si	Si
Normal: 22,22	Si	Si	Si
Sobrepeso: 28,44	Si	Si	No
Obesidad grado I: 30,85	Si	Si	X
Obesidad grado II: 35,47	Si	Si	No
Sobrepeso: 29,41	No	Si	No
Sobrepeso: 27,87	Si	No	X
Normal: 24,68	Si	Si	X
Sobrepeso: 26,54	Si	Si	Si
Obesidad I: 33,67	Si	Si	Si
Sobrepeso: 27,12	Si	Si	X
Obesidad II: 35,28	Si	Si	No
Obesidad II: 38,65	Si	Si	Si
Normal: 22,18	No	Si	X
Sobrepeso: 28,72	Si	Si	No
Sobrepeso: 25,45	Si	Si	SI
Sobrepeso: 28,92	Si	Si	Si
Sobrepeso: 25,30	Si	Si	Si
Normal: 21, 56	No	Si	Si
Obesidad I: 31,25	Si	Si	X
Sobrepeso: 29,33	Si	Si	X
Normal: 20,68	No	Si	X
Normal: 23,45	No	Si	No
Sobrepeso: 25,67	Si	No	No
Sobrepeso: 29,50	Si	No	Si
Sobrepeso: 28, 22	Si	Si	Si
Normal: 19,83	No	No	Si

Esfera de dolor			
Intensidad de dolor entobillos y piernas	Molesto/limitado en sus actividades	Frecuencia dormir mal	Total
Dolores importantes	Muy molesto	Muy a menudo	12
Dolores medianos	Un poco molesto	A menudo	8
Dolores leves	Un poco molesto	Muy de vez en cuando	6
Dolores importantes	Muy molesto	Todas las noches	13
Dolores intensos	Un poco molesto	A menudo	10
Dolores intensos	Moderadamente molesto	Muy a menudo	12
Dolores intensos	Extremadamente molesto	Muy a menudo	14
Dolores intensos	Extremadamente molesto	A menudo	13
Dolores medianos	Moderadamente molesto	A menudo	9
Dolores importantes	Muy molesto	Muy a menudo	12
Dolores leves	Un poco molesto	Muy de vez en cuando	6
Dolores medianos	Moderadamente molesto	A menudo	9
Dolores leves	Un poco molesto	Muy de vez en cuando	6
Dolores medianos	Moderadamente molesto	Muy de vez en cuando	8
Dolores importantes	Extremadamente molesto	A menudo	12
Dolores leves	Un poco molesto	Muy de vez en cuando	6
Dolores leves	Ninguna molestia	Nunca	4
Dolores medianos	Ninguna molestia	Nunca	5
Dolores leves	Un poco molesto	Muy de vez en cuando	6
Dolores leves	Un poco molesto	Muy de vez en cuando	6
Dolores medianos	Un poco molesto	Muy de vez en cuando	7
Dolores medianos	Moderadamente molesto	Muy de vez en cuando	8
Dolores importantes	Muy molesto	Muy a menudo	12
Dolores medianos	Un poco molesto	A menudo	8

Dolores leves	Un poco molesto	Muy de vez en cuando	6
Dolores importantes	Muy molesto	Todas las noches	13
Dolores intensos	Un poco molesto	A menudo	10
Dolores intensos	Moderadamente molesto	Muy a menudo	12
Dolores intensos	Extremadamente molesto	Muy a menudo	14
Dolores intensos	Extremadamente molesto	A menudo	13
Dolores medianos	Moderadamente molesto	A menudo	9
Dolores importantes	Muy molesto	Muy a menudo	12
Dolores leves	Un poco molesto	Muy de vez en cuando	6
Dolores medianos	Moderadamente molesto	A menudo	9
Dolores leves	Un poco molesto	Muy de vez en cuando	6
Dolores medianos	Moderadamente molesto	Muy de vez en cuando	8
Dolores importantes	Extremadamente molesto	A menudo	12
Dolores leves	Un poco molesto	Muy de vez en cuando	6
Dolores leves	Ninguna molestia	Nunca	4
Dolores medianos	Ninguna molestia	Nunca	5
Dolores leves	Un poco molesto	Muy de vez en cuando	6
Dolores leves	Un poco molesto	De vez en cuando	6
Dolores medianos	Un poco molesto	Muy de vez en cuando	7
Dolores	Moderadamente molesto	Muy de vez en cuando	8
Dolores importantes	Muy molesto	Muy a menudo	12
Dolores medianos	Un poco molesto	A menudo	8
Dolores leves	Un poco molesto	Muy de vez en cuando	6
Dolores medianos	Moderadamente molesto	A menudo	9

Dolores medianos	Moderadamente molesto	A menudo	9
Dolores leves	Un poco molesto	Muy de vez en cuando	6
Dolores medianos	Moderadamente molesto	A menudo	9
Dolores importantes	Muy molesto	Muy a menudo	12
Dolores medianos	Un poco molesto	Muy de vez en cuando	7
Dolores medianos	Moderadamente molesto	Muy de vez en cuando	8
Dolores importantes	Muy molesto	Muy a menudo	12
Dolores medianos	Moderadamente molesto	A menudo	9
Dolores leves	Un poco molesto	Muy de vez en cuando	6
Dolores medianos	Moderadamente molesto	A menudo	9
Dolores medianos	Moderadamente molesto	Muy de vez en cuando	8
Dolores medianos	Moderadamente molesto	A menudo	9
Dolores medianos	Moderadamente molesto	A menudo	9
Dolores medianos	Moderadamente molesto	A menudo	9
Dolores importantes	Moderadamente molesto	Muy a menudo	11
Dolores importantes	Muy molesto	A menudo	11
Dolores medianos	Moderadamente molesto	A menudo	9
Dolores medianos	Moderadamente molesto	A menudo	9
Dolores intensos	Muy molesto	Muy a menudo	13

Esfera física					
Molestias para subir escaleras varios pisos	Molestias al arrodillarse	Molestias para dar con pasoligero	Molestias al ir a fiestas	Molestias al hacer deporte	Total
Moderadamente molesto (3)	Extremadamente molesto (5)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Muy molesto (4)	18
Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	15
Un poco molesto (2)	Moderadamente molesto (3)	Un poco molesto (2)	Ninguna molestia (1)	Moderadamente molesto (3)	11
Un poco molesto (2)	Ninguna molestia (1)	Un poco molesto (2)	Un poco molesto (2)	Un poco molesto (2)	9
Ninguna molestia (1)	Un poco molesto (2)	Ninguna molestia (1)	Extremadamente molesto (5)	Ninguna molestia (1)	10
Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Muy molesto (4)	Moderadamente molesto (3)	16
Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	15
Extremadamente molesto (5)	Extremadamente molesto (5)	Extremadamente molesto (5)	Extremadamente molesto (5)	Extremadamente molesto (5)	25
Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Un poco molesto (2)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	14
Muy molesto (4)	Muy molesto (4)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Muy molesto (4)	18
Un poco molesto (2)	Un poco molesto (2)	Un poco molesto (2)	Un poco molesto (2)	Un poco molesto (2)	10
Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Un poco molesto (2)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	14
Un poco molesto (2)	Un poco molesto (2)	Un poco molesto (2)	Un poco molesto (2)	Un poco molesto (2)	10
Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	15
Muy molesto (4)	Extremadamente molesto (5)	Muy molesto (4)	Extremadamente molesto (5)	Muy molesto (4)	22
Un poco molesto (2)	Un poco molesto (2)	Un poco molesto (2)	Un poco molesto (2)	Un poco molesto (2)	10
Un poco molesto (2)	Un poco molesto (2)	Un poco molesto (2)	Un poco molesto (2)	Un poco molesto (2)	10
Moderadamente molesto (3)	Un poco molesto (2)	Moderadamente molesto (3)	Un poco molesto (2)	Moderadamente molesto (3)	13
Un poco molesto (2)	Un poco molesto (2)	Un poco molesto (2)	Un poco molesto (2)	Un poco molesto (2)	10
Un poco molesto (2)	Un poco molesto (2)	Ninguna molestia (1)	Un poco molesto (2)	Un poco molesto (2)	9
Un poco molesto (2)	Un poco molesto (2)	Ninguna molestia (1)	Ninguna molestia (1)	Un poco molesto (2)	8
Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Un poco molesto (2)	Un poco molesto (2)	Un poco molesto (2)	12
Moderadamente molesto (3)	Extremadamente molesto (5)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Muy molesto (4)	18
Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	15
Un poco molesto (2)	Moderadamente molesto (3)	Un poco molesto (2)	Ninguna molestia (1)	Moderadamente molesto (3)	11
Un poco molesto (2)	Ninguna molestia (1)	Un poco molesto (2)	Un poco molesto (2)	Un poco molesto (2)	9

Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	15
Muy molesto (4)	Muy molesto (4)	Muy molesto (4)	Muy molesto (4)	Muy molesto (4)	20
Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	15
Un poco molesto (2)	Un poco molesto (2)	Un poco molesto (2)	Un poco molesto (2)	Un poco molesto (2)	10
Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	15
Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	15
Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	15
Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	15
Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	15
Muy molesto (4)	Muy molesto (4)	Muy molesto (4)	Muy molesto (4)	Muy molesto (4)	20
Muy molesto (4)	Muy molesto (4)	Muy molesto (4)	Muy molesto (4)	Muy molesto (4)	20
Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	15
Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	15
Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	Moderadamente molesto (3)	15
Muy molesto (4)	Extremadamente molesto (5)	Muy molesto (4)	Muy molesto (4)	Extremadamente molesto (5)	22

Esfera psicológica						
Me siento nervioso	Soy unacarga	Vergüenza de mis piernas	Me irrito fácilmente	Me siento minusválido	Me he sentido incapacitado	Total
Completamente	Mucho	Completamente	Mucho	Mucho	Mucho	26
Moderadamente	En absoluto	Completamente	Mucho	En absoluto	En absoluto	15
Poco	En absoluto	En absoluto	Poco	En absoluto	En absoluto	8
Moderadamente	En absoluto	En absoluto	Mucho	Poco	En absoluto	12
En absoluto	En absoluto	En absoluto	Completamente	En absoluto	En absoluto	10
Moderadamente	En absoluto	Completamente	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	14
Poco	En absoluto	Completamente	Mucho	En absoluto	Poco	15
Completamente	Completamente	Poco	Moderadamente	Completamente	Completamente	25
Moderadamente	En absoluto	Moderadamente	Mucho	En absoluto	Poco	14
Mucho	Poco	Moderadamente	Completamente	Poco	Poco	18
Poco	En absoluto	Moderadamente	Mucho	En absoluto	En absoluto	12
Moderadamente	En absoluto	Completamente	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	14
Poco	En absoluto	Poco	Poco	En absoluto	En absoluto	9
Poco	En absoluto	Completamente	Mucho	En absoluto	En absoluto	14
Moderadamente	Poco	Completamente	Moderadamente	Poco	Moderadamente	18
Poco	En absoluto	Completamente	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	13
Poco	En absoluto	Completamente	Poco	En absoluto	En absoluto	12
Poco	En absoluto	En absoluto	Mucho	En absoluto	En absoluto	10
Poco	En absoluto	Moderadamente	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	10
Poco	En absoluto	Poco	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	10
Poco	En absoluto	Completamente	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	13
Moderadamente	En absoluto	Moderadamente	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	12
Moderadamente	Mucho	Completamente	Mucho	Mucho	Mucho	26
Moderadamente	En absoluto	Completamente	Mucho	En absoluto	En absoluto	15
Poco	En absoluto	En absoluto	Poco	En absoluto	En absoluto	8
Moderadamente	En absoluto	En absoluto	Mucho	Poco	En absoluto	12

En absoluto	En absoluto	En absoluto	Completamente	En absoluto	En absoluto	0
Moderadamente	En absoluto	Completamente	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	4
Poco	En absoluto	Completamente	Mucho	En absoluto	Poco	5
Completamente	Completamente	Poco	Moderadamente	Completamente	Completamente	5
Moderadamente	En absoluto	Moderadamente	Mucho	En absoluto	Poco	4
Mucho	En absoluto	Moderadamente	Completamente	Poco	Poco	8
Poco	En absoluto	Moderadamente	Mucho	En absoluto	En absoluto	2
Moderadamente	En absoluto	Completamente	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	4
Poco	En absoluto	Poco	Poco	En absoluto	En absoluto	8
Poco	En absoluto	Completamente	Mucho	En absoluto	En absoluto	4
Moderadamente	Poco	Completamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	8
Poco	En absoluto	Completamente	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	3
Poco	En absoluto	Completamente	Poco	En absoluto	En absoluto	2
Poco	En absoluto	En absoluto	Mucho	En absoluto	En absoluto	0
Poco	En absoluto	Moderadamente	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	0
Poco	En absoluto	Poco	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	0
Poco	En absoluto	Completamente	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	3
Moderadamente	En absoluto	Moderadamente	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	2
Completamente	Mucho	Completamente	Mucho	Mucho	Mucho	6
Moderadamente	En absoluto	Completamente	Mucho	En absoluto	En absoluto	5
Moderadamente	En absoluto	Completamente	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	4
Moderadamente	En absoluto	deradamente	Mucho	En absoluto	Poco	4
Mucho	Poco	Moderadamente	Completamente	Poco	Poco	8
Poco	En absoluto	Moderadamente	Mucho	En absoluto	En absoluto	2
Poco	En absoluto	Moderadamente	Mucho	En absoluto	En absoluto	2
Poco	En absoluto	Mucho	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	2
Poco	En absoluto	Poco	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	0
Moderadamente	Poco	Mucho	Mucho	Poco	Poco	5

Moderadamente	En absoluto	Moderadamente	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	11
Mucho	Poco	Mucho	Mucho	Poco	Poco	18
Moderadamente	En absoluto	Moderadamente	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	12
Poco	En absoluto	Completamente	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	13
Moderadamente	En absoluto	Moderadamente	Mucho	En absoluto	En absoluto	13
Moderadamente	En absoluto	Moderadamente	Mucho	En absoluto	En absoluto	13
Moderadamente	En absoluto	Moderadamente	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	12
Moderadamente	En absoluto	Moderadamente	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	12
Moderadamente	absoluto	deradamente	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	12
Mucho	Poco	Mucho	Mucho	Poco	Poco	18
Moderadamente	Poco	Moderadamente	Mucho	Poco	Poco	16
Moderadamente	Poco	Moderadamente	Mucho	Poco	Poco	16
Moderadamente	En absoluto	Completamente	Mucho	En absoluto	En absoluto	15
Moderadamente	En absoluto	Moderadamente	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	12
Mucho	Mucho	Mucho	Mucho	Mucho	Mucho	24

11.10. Anexo 10. Certificado del Tribunal del Trabajo de Titulación



CERTIFICADO DEL TRIBUNAL DE GRADO

Loja, 17 de noviembre de 2022

En calidad de tribunal calificador del trabajo de titulación denominado **“Factores de riesgo y calidad de vida de pacientes con insuficiencia venosa crónica de la clínica Abendaño de Loja”**, de la autoría de la Srta. Judith Marisol Granda Elizalde portadora de la cédula de identificación Nro. 1150757738 previo a la obtención del título de Médico General, certificamos que se ha incorporado las observaciones realizadas por los miembros del tribunal por tal motivo se procede a la aprobación y calificación del trabajo de grado y la continuación de los trámites pertinentes para su publicación y sustentación pública.

APROBADO



Firmado electrónicamente por:
**CLAUDIO HERNAN
TORRES
VALDIVIEZO**

Dr. Claudio Hernán Torres Valdiviezo
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO.



Firmado electrónicamente por:
**JUAN ARGENIO
CUENCA APOLO**

Dr. Juan Arcenio Cuenca Apolo
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO



Firmado electrónicamente por:
**PATRICIO RAFAEL
ESPINOSA
JARAMILLO**

Dr. Patricio Rafael Espinosa Jaramillo
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO