

Calidad de vida en pacientes con insuficiencia venosa crónica

Quality of life in patients with chronic venous insufficiency

Dr. Miguel Ángel Rosas Flores, Dr. Julio Abel Serrano Lozano, Dra. Karen Henestrosa Peña, Dr. José Luis Zarraga Rodríguez, Dra. Irene Cal y Mayor Turnbull, Dr. Marco Meza Vudoyra, Dra. Nora Sánchez Nicolat

Resumen.

Objetivo: Conocer el impacto en la calidad de vida que ocasiona la insuficiencia venosa crónica (IVC).
Sede: Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos. ISSSTE.

Diseño: Prospectivo, observacional, comparativo.
Análisis estadístico: Descriptivo e inferencial.

Métodos: Se evaluaron 112 pacientes; divididos en dos grupos: Sanos (GI) y portadores (GII) de IVC. El instrumento usado para evaluar la calidad de vida fue el Cuestionario de Salud con formato corto 36, esta escala explora 8 dimensiones del estado de salud: función física, función social, limitaciones del rol físico, limitaciones del rol emocional, salud mental, vitalidad, dolor, y percepción de la salud en general. Su puntuación puede ir de 0 a 100, en cada una de sus subescalas, siendo las puntuaciones más altas las que se relacionan con mejor calidad de vida.

Resultados: Muestra 112 pacientes; masculinos 33%, femeninos 67%. Edad promedio 45.7. Sanos: 43, portadores de IVC: 69. GI (en promedio) función física 92.56, función social 81.74, limitaciones del rol físico 88.15, limitaciones del rol emocional 85.18, salud mental 75.94, vitalidad 76.23, dolor 80.98, y percepción de la salud en general 82.48. GI (en promedio) función física 55.78, función social 65.93, limitaciones del rol físico 44.52, limitaciones del rol emocional 70.20, salud mental 65.22, vitalidad 54.65, dolor 46.63 y percepción de la salud en general 46.62. Estadística inferencial: comparando los resultados de las diversas subescalas entre sanos y portadores de IVC, se observó diferencia estadísticamente significativa en las 8 dimensiones que valora el cuestionario utilizado (formato corto 36) ($p < 0.05$).

Abstract

Objective: To know the impact on life quality of chronic venous insufficiency.

Setting: Regional hospital "Lic. Adolfo López Mateos". ISSSTE.

Design: Prospective, observational, comparative study.

Statistics: Descriptive and inferential.

Methods: We evaluated 112 patients; divided in two groups: Healthy individuals (G-I) and carriers of chronic venous insufficiency (CVI, G-II). We used the 36-item short form health survey to assess quality of life. This scale explores eight health concepts: physical performance, social performance, limitations of the physical role, limitations of the emotional role, mental health, vitality, pain, and general health perception. The score goes from 0 to 100, in each domain, the highest scores are the ones related with a better quality of life.

Results: Sample was 112 patients; 33% men and 67% women, average age 45.7 years; healthy individuals, 43; CVI carriers, 69. Scores were for G-I (in average): physical performance, 92.56; social performance, 81.74; limitations in the physical role, 88.15; limitations in the social role, 85.18; mental health, 75.94; vitality, 76.23; pain 80.98; general perception of health, 82.48. For G-II (in average) physical performance, 55.78; social performance, 65.93; limitations in the physical role, 44.52; limitations in the emotional role, 70.20; mental health 65.22; vitality, 54.65; pain, 46.63; general perception of health, 46.62. Inferred statistics: comparison of the results from the diverse domains between healthy individuals and CVI carriers revealed a statistically significant difference in the eight domains explored by the 36-item short form health survey ($p < 0.05$).

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular.
Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos. ISSSTE.

Recibido para publicación: 9 diciembre 2005

Aceptado para publicación: 20 junio 2006

Correspondencia: Dr. Miguel Angel Rosas Flores

Xochitepec Xochimilco D.F. 16100. Teléfono: 56-53-19-32 044 55 16 95 72 65. Correo electrónico: miguelangelcachi@hotmail.com
miguelrosas75@aol.com

Conclusiones: Existe un deterioro significativo en la calidad de vida de los pacientes portadores de insuficiencia venosa crónica

Palabras clave: Insuficiencia venosa crónica, calidad de vida, cuestionario de salud formato corto 36.
Cir Gen 2006;28:153-159

Introducción

La insuficiencia venosa crónica es una de las patologías más comunes en el mundo occidental, acompañándose de una significativa morbilidad y discapacidad.^{1,2} Esta situación trae como resultado problemas médicos y económicos sustanciales. La demanda de servicios de salud por insuficiencia venosa crónica es inmensa, en Francia, por ejemplo, es la séptima causa de consulta médica.³ El costo de esta enfermedad para la sociedad es enorme, excediendo los 10 millones de euros por millón de habitantes por año, en países como Francia,³ Italia⁴ e Inglaterra.⁵ En los Estados Unidos de América se reporta un total de 150,000 casos nuevos por año, lo que representa para el sistema de salud americano más de medio billón de dólares.^{2,6} El Consenso Internacional del Comité de Enfermedades Venosas Crónicas de la Sociedad de Cirugía Vascul y la Sociedad Internacional de Cirugía Cardiovascular Capítulo Norteamérica definen a esta patología como una "función anormal del sistema venoso causada por incompetencia valvular con o sin obstrucción del flujo venoso de salida, lo cual puede afectar al sistema venoso superficial, al sistema venoso profundo o ambos. La disfunción venosa puede ser resultado de desórdenes adquiridos o congénitos"^{7,8}. El término posttrombótico puede ser usado si el paciente ha experimentado un episodio documentado y objetivo de trombosis venosa profunda. El concepto síndrome postflebitico no debe usarse porque esto implica la presencia de un proceso inflamatorio, componente que es infrecuentemente documentado y confirmado.^{7,8} Hasta el día de hoy la información epidemiológica de esta enfermedad es escasa. Mucha de la información que ha surgido al respecto proviene de estudios sobre ulceración venosa realizados en diversos países,⁹⁻¹⁵ además la introducción del USG Doppler duplex en la evaluación de la patología venosa originó la introducción de nuevos términos y conceptos, lo que provocó cambios en los datos epidemiológicos de esta entidad.¹⁵⁻²⁰ A pesar de esto, se conoce que la prevalencia, en mayores de 15 años, es del 10 al 15% en hombres y de 20 a 25% en mujeres.^{9,15} Ante esta información, el comité de la Sociedad de Cirugía Vascul y la Sociedad Internacional de Cirugía Cardiovascular concluyeron, en una de sus revisiones, que era necesario comprender de forma integral la patología venosa, por lo que conocer las consecuencias de esta enfermedad sobre la calidad de vida debiera ser uno de los objetivos principales en futuros estudios.²¹

Conclusions: There is a significant deterioration in life quality in patients with chronic venous insufficiency.

Key words: Chronic venous insufficiency, quality of life, 36-item short form health survey.
Cir Gen 2006;28:153-159

El concepto "calidad de vida" ha mostrado considerables variaciones a lo largo del tiempo. Actualmente "calidad de vida" hace referencia a la evaluación objetiva y subjetiva de los siguientes puntos: salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos y se le puede definir como una medida compuesta de bienestar físico, mental y psicológico, tal y como lo percibe cada individuo y cada grupo (Levi y Anderson).²²

Desde esta perspectiva, la calidad de vida es un concepto básicamente referido al tipo de respuesta individual y social ante un conjunto de situaciones reales de la vida diaria. Así, aunque se evalúan los componentes de bienestar objetivo, se considera primordial la percepción y estimación de ese bienestar objetivo, el análisis de los procesos que conducen a esa satisfacción y los elementos integrantes de la misma.^{23,24}

Existe una tendencia general y creciente a evaluar las consecuencias de una enfermedad crónica y de sus tratamientos en términos de la influencia de los mismos en la calidad de vida, ante esta perspectiva es necesario conceptualizar la calidad de vida y el bienestar psicológico como variables tan relevantes como la mejoría de los síntomas clínicos.

En la literatura médica americana y europea existen reportes sobre el impacto de la insuficiencia venosa crónica en la calidad de vida, encontrándose al menos siete estudios que han usado el cuestionario de salud formato corto 36,²⁵⁻²⁷ para el fin descrito, esta herramienta es un cuestionario genérico para evaluar la calidad de vida de una determinada población, considerándose una de las más útiles y usadas en nuestros días. Los resultados de estos estudios concluyen que la insuficiencia venosa crónica tiene un sustancial efecto sobre los aspectos físicos de la salud pero no sobre los componentes mentales de ésta.²⁵⁻²⁷

En el año 2000 se reportaron, en México, 232,260 casos de insuficiencia venosa crónica, con una tasa de 233.27 por 100,000 habitantes, según datos ofrecidos por la Secretaría de Salud, lo que nos indica que esta patología es una condición frecuente en nuestro país.^{28,29} A pesar de la alta prevalencia, morbilidad y los costos que esta enfermedad ocasiona, se desconoce su impacto sobre el funcionamiento físico y emocional y, por lo tanto, sobre la calidad de vida en nuestra población.

El objetivo de nuestro grupo fue determinar las relaciones y consecuencias de la insuficiencia venosa crónica sobre la calidad de vida en la población atendida

por nuestro servicio; el instrumento que se empleó fue el cuestionario genérico de salud formato corto 36.

Material y métodos

En el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" se realizó un estudio prospectivo, transversal, observacional y comparativo. Se evaluaron 112 pacientes, formándose dos grupos: Grupo I pacientes sanos, Grupo II pacientes portadores de insuficiencia venosa crónica. El diagnóstico de esta patología se realizó a través de interrogatorio y exploración física, basándonos en los criterios y conceptos descritos en el consenso internacional sobre enfermedades venosas crónicas de la Sociedad de Cirugía Vascular y la Sociedad Internacional de Cirugía Cardiovascular Capítulo Norteamérica.^{8,9} Se categorizó a los pacientes portadores de insuficiencia venosa crónica en subgrupos de acuerdo a las características clínicas "C" del CEAP (**Cuadro I**), sistema de clasificación propuesto en 1995, con la intención de estandarizar los reportes de investigación en la insuficiencia venosa crónica.^{8,9} Esta clasificación considera los aspectos clínicos (C), etiológicos (E), anatómicos (A) y fisiopatológicos (P) de la insuficiencia venosa crónica.^{8,9} Clasificación clínica (C): Se divide en siete etapas (C0-C6), de acuerdo a signos clínicos objetivos de la enfermedad (**Cuadro II**). Las categorías más altas tienen signos clínicos más severos; ade-

más cada etapa puede ir acompañada de síntomas, en cuyo caso se debe agregar el prefijo (s) o presentarse de forma asintomática agregándose el prefijo (a). Los síntomas que pueden presentarse son dolor, sensación de pesadez en miembros pélvicos e irritación de la piel.^{8,9}

Clasificación etiológica (E c, E p, E s): La disfunción venosa puede ser congénita, primaria o secundaria. Las congénitas se encuentran presentes desde el nacimiento; Disfunción primaria venosa se define como aquella que tiene una causa desconocida o multifactorial sin ser de origen congénito, finalmente se considera secundaria, cuando se origina a partir de una condición crónica, ejemplo una trombosis venosa profunda^{7,8} (**Cuadro III**).

Clasificación anatómica (A s,d,p): Determina el sitio anatómico que se encuentra afectado en la insuficiencia venosa; puede ser profundo (d = deep), superficial (s) o perforante (p). Pueden estar involucradas más de una condición, en cualquier combinación^{7,8} (**Cuadro IV**).

Clasificación fisiopatológica (P r,o): Los síntomas o signos de la enfermedad venosa pueden ser el resultado de reflujo (P r), obstrucción (P o) o ambos (P r,o)^{7,8} (**Cuadro V**).

El instrumento empleado para evaluar la calidad de vida fue el cuestionario de salud formato corto 36, esta herramienta se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study) (MOS).³⁰⁻³²

Se trata de un cuestionario autoadministrado, que detecta tanto estados positivos de salud como negativos. El contenido de las preguntas se centra en el estado funcional (salud física) y el bienestar emocional (salud mental). Su ámbito de aplicación abarca a la población general y pacientes y se emplea en estudios descriptivos y de evaluación. Consta de 36 reactivos, que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física, función social, limitaciones del rol: problemas físicos, limitaciones del rol: problemas emocionales, salud mental, vitalidad, dolor y percepción de la salud en general.

Se reconoce que para comparar el estado de salud o la calidad de vida de una población determinada se requiere de instrumentos estandarizados,³³ por lo que el cuestionario de salud SF-36 ha sido adaptado a la lengua castellana por Alonso y cols.³⁴ En México ha sido validado y estandarizado para población nacional

Cuadro I.

Clasificación de la insuficiencia venosa crónica CEAP.

Categoría	Descripción
C	Signos clínicos (0-6) acompañados por una (a) de asintomáticos y una (s) de sintomáticos
E	Etiología (congénita, primaria, secundaria)
A	Distribución anatómica (superficial, profunda, perforantes, solas o combinadas)
P	Fisiopatología (reflujo u obstrucción, solo o acompañado)

Cuadro II.

Clasificación clínica de la insuficiencia venosa crónica.

Etapas clínicas	Descripción
C 0	No hay signos de enfermedad venosa
C 1	Teleangiectasias, venas reticulares.
C 2	Venas varicosas
C 3	Edema sin cambios cutáneos
C 4	Alteraciones cutáneas (pigmentación, eczema venoso, lipodermatoesclerosis)
C 5	Úlcera cicatrizada
C 6	Ulceración activa.

Cuadro III.

Clasificación etiológica de la insuficiencia venosa crónica.

Etiología	Descripción
E c Congénito	Causa presente desde el nacimiento.
E p Primaria	Causa multifactorial o no determinada
E s Secundaria	Insuficiencia venosa crónica asociada a causa conocida (TVP)

Cuadro IV.
Clasificación anatómica de la insuficiencia venosa crónica.

Segmento	Descripción
	Venas superficiales (A s 1-5)
1	Telangiectasias/Venas reticulares
2	Vena safena mayor supragenicular
3	Vena safena mayor infragenicular
4	Vena safena menor
5	No safena
	Venas profundas (A p 6-16)
6	Vena cava inferior
7	Iliaca común
8	Iliaca interna
9	Iliaca externa
10	Venas pélvicas
11	Femoral común
12	Femoral profunda
13	Femoral superficial
14	Vena poplítea
15	Venas tibiales (anterior, posterior o peronea)
16	Venas musculares
	Venas perforantes (A p 17-18)
17	Venas perforantes del muslo
18	Venas perforantes de la pantorrilla

Cuadro V.
Clasificación fisiopatológica de la insuficiencia venosa crónica.

Etapa fisiopatológica	Descripción
P r	Reflujo
P o	Obstrucción
P r,o	Reflujo y obstrucción

por el Dr. Zúñiga y cols, así como por el Dr. Duran-Arenas,^{35,36} quienes concluyen que existe una satisfactoria validez y confiabilidad con esta prueba.

Los reactivos y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayores sean, mejor estado de salud. El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100.

Se emplearon métodos de estadística descriptiva e inferencial para analizar los resultados.

Resultados

Muestra de 112 pacientes; femeninos 75 casos (67%), masculinos 37 casos (33%); edad promedio 45.7, rango 66, mínimo de 18 y un máximo de 84 (**Figura 1**).

Grupo I sanos: 43 (38.4%), Grupo II portadores de insuficiencia venosa crónica: 69 (61.6%) (**Figura 2**).

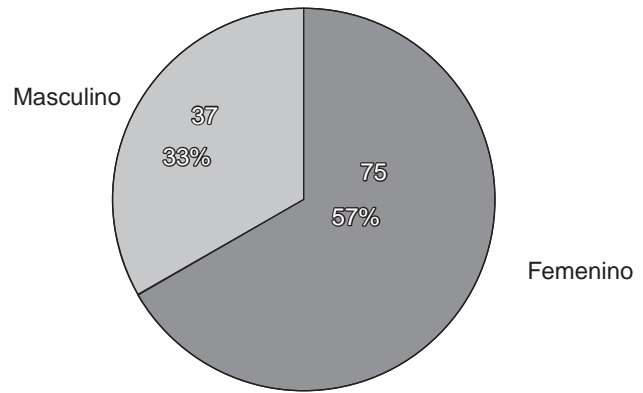


Fig. 1. Distribución de la muestra por género.

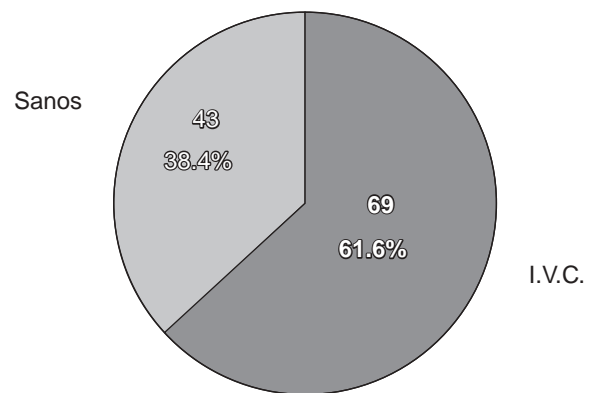


Fig. 2. Distribución de la muestra de acuerdo a la ausencia o presencia de I.V.C.

En **figura 3** se observa el tipo de pacientes de acuerdo a la clasificación clínica "C" del CEAP.

Se obtuvo el promedio y la desviación estándar de cada una de las categorías del cuestionario de salud SF-36, de ambos grupos, realizándose análisis estadístico inferencial con prueba t de Student.

Se observó diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, en todas las categorías del cuestionario SF-36, lo cual señala que existe un deterioro significativo de la calidad de vida en los pacientes portadores de insuficiencia venosa crónica (**Cuadro VI**).

En los **cuadros VII y VIII** se observan los resultados del promedio de salud física global (función física, limitación del rol: problemas físicos, dolor y percepción de salud general) y promedio de salud mental global (vitalidad, limitación del rol: problemas emocionales, función social y salud mental) de los pacientes portadores de insuficiencia venosa crónica, de acuerdo a la clasificación "C" clínica del CEAP.

Discusión

Al analizar los resultados de nuestro estudio se hace evidente que la insuficiencia venosa crónica es una

condición patológica que tiene un impacto negativo sobre la calidad de vida.

Examinando, de forma individual, los resultados del Cuestionario de Salud Formato corto 36 observamos que el promedio de las escalas que miden la salud física de forma global muestra claramente una diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes sanos y los portadores de enfermedad venosa crónica (promedio sanos 85.37 – promedio portadores de IVC 48.43, $p < 0.05$). Se han encontrado resultados similares al revisar el promedio de la escala global de salud mental, en donde también se percibe una diferencia significativa entre sanos y portadores de IVC (promedio sanos 79.66 – promedio portadores IVC 64.01, $p < 0.05$). Estos resultados por sí solos deberían hacernos reflexionar sobre algunos conceptos erróneos que existen sobre la insuficiencia venosa crónica, como el hecho de considerarla una patología menor y sin consecuencias importantes en la calidad de vida de una determinada población.

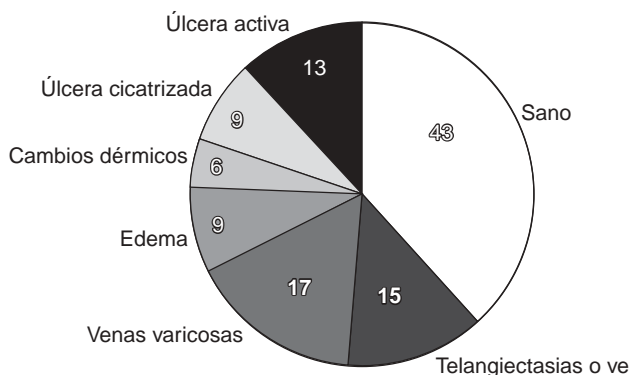


Fig. 3. Tipo de pacientes de acuerdo a la clasificación clínica de IVC "C" del CEAP.

Cuando la enfermedad venosa crónica se manifiesta por ulceración activa, se obtienen los peores promedios en las escalas que valoran la salud física (promedio 37.64), si esta cifra se compara con estudios clínicos que valoran la calidad de vida, con el cuestionario de salud formato corto 36, en pacientes, por ejemplo, portadores de EPOC se observan promedios de 42.3; en pacientes que padecen lumbalgia se obtienen promedios de 43.1; en pacientes con artritis se percibe un promedio de 43.2 y en pacientes que sufrieron la pérdida de un miembro pélvico o torácico se ven promedios de 37.7,³⁷ estas cifras similares, o incluso mayores a las obtenidas en nuestro estudio, hacen patente la influencia negativa de la ulceración flebostática sobre la calidad de vida, así como la importancia de adquirir nuevas estrategias terapéuticas clínicas e incluso emocionales para resolver o mejorar la calidad de vida de este subgrupo.

De las subescalas que valoran la salud física, las calificaciones más bajas se observan en las que evalúan el dolor (promedio 46.63) y las limitaciones en el funcionamiento diario del paciente por problemas físicos (promedio 44.52), números que contribuyen al deterioro global que se percibe en la esfera salud física de esta escala de salud. Ante esta evidencia es obligatorio ofrecer un manejo óptimo del dolor, con un repertorio amplio y eficiente de fármacos analgésicos, y, si fuera necesario, solicitar la participación interdisciplinaria del personal de salud. Asimismo, es vital conocer e influir de forma positiva en la red de apoyo familiar con la que cuenta el paciente, ya que de ésta dependerá el funcionamiento físico y emocional del afectado.

El deterioro de las dimensiones que valoran la salud mental, en el grupo portador de insuficiencia venosa crónica, es una situación que se reporta con poca frecuencia en la literatura mundial, en donde el impacto de esta patología se describe principalmente en las dimensiones que valoran la salud física.²⁵⁻²⁷ Estas dife-

Cuadro VI.
Cuestionario de salud SF-36. Análisis estadístico inferencial.

Formato corto 36 Análisis de cada dimensión	Grupo I Sanos (n = 43)		Grupo II IVC (n = 69)		Análisis estadístico t de Student
	Promedio	DE	Promedio	DE	
Función Física.	92.56	9.08	55.78	23.94	$p < .05$ (.000)
Limitación del rol: problemas físicos	88.15	13.69	44.52	35.89	$p < .05$ (.000)
Dolor	80.98	16.40	46.63	22.46	$p < .05$ (.000)
Percepción de salud general	82.48	18.66	46.62	14.87	$p < .05$ (.000)
Vitalidad	76.23	18.28	54.65	22.43	$p < .05$ (.000)
Función social	81.74	15.67	65.93	23.98	$p < .05$ (.000)
Limitación del rol: problemas emocionales	85.18	19.55	70.20	37.54	$p < .05$ (.017)
Salud mental	75.94	17.16	65.22	17.94	$p < .05$ (.002)
Promedio escala: salud física	85.37	10.53	48.43	18.81	$p < .05$ (.000)
Promedio escala: salud mental	79.66	14.61	64.01	20.82	$p < .05$ (.000)

DE = desviación estándar

Cuadro VII.
Resultados escala global salud física.

Promedio de escala salud física			
Tipo de paciente	Promedio	N	DE
Sano	85.37	43	10.53
Telangiectasias	57.79	15	16.75
Venas varicosas	51.70	18	17.26
Edema	45.89	9	22.67
Cambios dérmicos	38.49	5	9.94
Úlcera cicatrizada	49.94	9	22.20
Úlcera activa	37.64	13	15.86

DE = desviación estándar

Cuadro VIII.
Resultados escala global salud mental.

Promedio de escala salud mental			
Tipo de paciente	Promedio	N	DE
Sano	79.66	43	14.61
Telangiectasias	67.16	15	19.94
Venas varicosas	57.24	18	24
Edema	63.28	9	18.26
Cambios dérmicos	64.26	5	20.58
Úlcera cicatrizada	71.02	9	19.42
Úlcera activa	65.31	13	21.03

DE = desviación estándar

rencias tendrán que dilucidarse en estudios posteriores, pero es importante señalar que el concepto de calidad de vida está estrechamente relacionado con factores sociales, emocionales, económicos y culturales, los cuales son diferentes en países en desarrollo, como el nuestro, y en los países del primer mundo, lugares en donde se reportan mejores resultados en la salud mental de sus poblaciones.

Ante esta perspectiva es nuestra obligación ofrecer las medidas terapéuticas más acertadas, menos costosas y más eficaces para resolver este problema de salud, con la intención de influir y recuperar de forma rápida y oportuna no sólo las condiciones clínicas sino también la calidad de vida de los afectados por esta patología.

Conclusión

La insuficiencia venosa crónica provoca un deterioro significativo en la calidad de vida de los pacientes que padecen esta enfermedad.

Referencias

1. Kurz X, Kahn SR, Abenheim L, Clement D, Norgren L, Bacaglioni U, et al. Chronic venous disorders of the leg: epidemiology, outcomes, diagnosis and management. Summary of an evi-

- dence-based report of the VEINES task force. *Int Angiol* 1999; 18: 83-102.
2. Van den Oever R, Hepp B, Debbaut B, Simon I. Socio-economic impact of chronic venous insufficiency. An underestimated public health problem. *Int Angiol* 1998; 17: 161-7.
3. Lafuma A, Fagnani F, Peltier-Pujol F, Rauss A. La maladie veineuse en France: un problema de sante publique meconnu (Venous disease in France: an unrecognized health problem) *J Mal Vasc* 1994; 19: 185-9.
4. Bartolo M. Impact socioeconomique des maladies veineuses en Italie. *Phlebologie* 1992; 45: 423-31.
5. Ruckley CV. Socioeconomic impact of chronic venous insufficiency and leg ulcers. *Angiology* 1997; 48: 67-9.
6. Piachaud D, Weddell JM. The economics of treating varicose veins. *Int J Epidemiol* 1972; 1: 287-94
7. Porter JM, Moneta GL. Reporting standards in venous disease: an update. International Consensus Committee on Chronic Venous Disease. *J Vasc Surg* 1995; 21: 635-45.
8. Porter JM, Rutherford RB, Clagett GP, Cranley JJ, O'Donell TF, Raju S, Zierler RE. Reporting Standards in venous disease. Prepared by the Subcommittee on Reporting Standards in Venous Disease, Ad Hoc. Committee on Reporting Standards, Society for Cardiovascular Surgery/North American Chapter. International Society for Cardiovascular Surgery. *J Vasc Surg* 1988; 8: 172-81.
9. Callam MJ. Epidemiology of varicose veins. *Br J Surg* 1994; 81: 167-73.
10. Bobek K, Cajzl L, Cepelak V, Slaisova V, Opatzny K, Barcal R. Etude de la frequence des Maladies phlebologiques et del influence de quelques facteurs etiologiques. *Phlebologie* 1966; 19: 217-30.
11. Widmer LK. *Peripheral venous disorders Basle III*. Bern: Hans Huber 1978.
12. Coon WW, Willis PW, Keller JB. Venous thromboembolism and other venous disease in the Tecumseh community health study. *Circulation* 1973; 48: 839-46.
13. Callam MJ, Ruckley CV, Harper DR, Dale JJ. Chronic ulceration of the leg: extent of the problem and provision of care. *Br Med J* 1985; 290: 1855-6.
14. Baker SR, Stacey MC, Jopp-McKay AG, Hoskins SE, Thompson PJ. Epidemiology of chronic venous ulcers. *Br J Surg* 1991; 78: 864-7.
15. Ruckley CV, Evans CJ, Allan PL, Lee AJ, Fowkes FG. Chronic venous insufficiency: clinical and duplex correlations. The Edinburgh Vein Study of venous disorders in the general population. *J Vasc Surg* 2002; 36: 520-5.
16. Van Bemmelen PS, Bedford G, Beach K, Strandness DE Jr. Status of the valves in the superficial and deep venous system in chronic venous disease. *Surgery* 1991; 109: 730-4.
17. Hanrahan LM, Araki CT, Rodriguez AA, Kechejian GJ, LaMorte WW, Menzoian JO. Distribution of valvular incompetence in patients with venous stasis ulceration. *J Vas Surg* 1991; 13: 805-12.
18. Weingarten MS, Branas CC, Czeredarczuk M, Schmidt JD, Wolfarth CC Jr. Distribution and quantification of venous reflux in lower extremity chronic venous stasis disease with duplex scanning. *J Vasc Surg* 1993; 18: 753-9.
19. Myers KA, Ziegenbein RW, Zeng GH, Matthews PG. Duplex ultrasonography scanning for chronic venous disease: patterns of venous reflux. *J Vasc Surg* 1995; 21: 605-12.
20. Labropoulos N, Delis K, Nicolaidis AN, Leon M, Ramaseswami G. The role of the distribution and anatomical extent of reflux in the development of signs and symptoms in chronic venous insufficiency. *J Vasc Surg* 1996; 23: 504-10.
21. McDaniel MD, Nehler MR, Santilli SM, Hiat WR, Regensteiner JG, Goldstone J, et al. Extended outcome assesment in the care of vascular diseases: revising the paradigm for the 21 st century. *J Vasc Surg* 2000; 32: 1239-50.

22. Levi L, Anderson L. *La tensión psicosocial*. Población, ambiente y calidad de vida. México, DF. El Manual Moderno 1980.
23. Lawton MP, Moss M, Fulcomer M, Kleban MH. A research and service oriented multilevel assessment instrument. *J Gerontol* 1982; 37: 91-99.
24. Slevin ML, Plant H, Lynch D, Drinkwater J, Gregory WH. Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *Br J Cancer* 1988; 57: 109-12.
25. Smith JJ, Guest MG, Greenhalgh RM, Davies AH. Measuring the quality of life in patients with venous ulcers. *J Vasc Surg* 2000; 31: 642-49.
26. Kurz X, Lamping DL, Kahn SR, Baccaglini U, Zucarelli FA, Spreafico G, Abenhaim L. VEINES Study Group. Do varicose veins affect quality of life? Results of an international population-based study. *J Vasc Surg* 2001; 34: 641-8.
27. Kaplan RM, Criqui MH, Denenberg JO, Bergan J, Fronck A. Quality of life in patients with chronic venous disease: San Diego population study. *J Vasc Surg* 2003; 37: 1047-53.
28. Información Epidemiológica de Morbilidad 2000. *Veinte principales causas de enfermedad*. México: Secretaría de Salud; 2000.
29. Sigler ML, Castañeda GR, Rish FL. Insuficiencia venosa crónica en la República Mexicana. *Rev Mex Angiología* 2004; 32(2): 44-46.
30. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30: 473-83.
31. McHorney CA, Ware JE Jr, Raczek AE. The MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care* 1993; 31: 247-63.
32. McHorney CA, Ware JE Jr, Lu JF, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality scaling assumptions and reliability across diverse patient groups. *Med Care* 1994; 32: 40-66.
33. Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública Mex* 2002; 44: 349-61.
34. Alonso J, Prieto L, Anto JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin* 1995; 104: 771-6.
35. Zúñiga MA, Carrillo-Jiménez GT, Fos PJ, Gandek B, Medina-Moreno MR. Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: Resultados preliminares en México. *Salud Pública Mex* 1999; 41: 110-18.
36. Durán-Arenas L, Gallegos-Carrillo K, Salinas-Escudero G, Martínez-Salgado H. Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el formato corto 36. *Salud Pública Mex* 2004; 46: 306-15.
37. Ware JE, Kosinski MA, Sjöller SD. *SF-36 Physical and Mental Component Summary measures: a user's manual*. Boston: The Health Institute, New England Medical Center; 1994.

