

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y CALIDAD DE VIDA
POST TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TROMBOSIS
ASOCIADA A SÍNDROME DE *MAY THURNER*”**

Estudio descriptivo realizado
en pacientes adultos atendido en la
Unidad de Cirugía Vascular del hospital
de Enfermedad Común zona 9 del Instituto
Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-
enero 2005 – enero 2011

julio – agosto 2011

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

**Carlos Alberto Ramírez Fernández
Carlos Roberto Morales Flores**

Médico y Cirujano

Guatemala, septiembre 2011

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

Los estudiantes:

Carlos Alberto Ramírez Fernández	200021481
Carlos Roberto Morales Flores	200215948

han cumplido con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

**“CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y CALIDAD DE VIDA
POST TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TROMBOSIS
ASOCIADA A SÍNDROME DE MAY THURNER”**

**Estudio descriptivo realizado
en pacientes adultos atendidos en la
Unidad de Cirugía Vascular del hospital
de Enfermedad Común zona 9 del Instituto
Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-
enero 2005 - enero 2011**

julio - agosto 2011

Trabajo asesorado por el Dr. Manuel Alejandro Menes Hernández y revisado por el Dr. Juan Francisco Morales Jáuregui quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, veintitrés de septiembre del dos mil once

**DR. JESÚS ARNULFO OLIVA LEAL
DECANO**



El infrascrito Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que los estudiantes:

Carlos Alberto Ramírez Fernández	200021481✓
Carlos Roberto Morales Flores	200215948✓

han presentado el trabajo de graduación titulado:

**“CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y CALIDAD DE VIDA
POST TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TROMBOSIS
ASOCIADA A SÍNDROME DE MAY THURNER”**

**Estudio descriptivo realizado
en pacientes adultos atendidos en la
Unidad de Cirugía Vascular del hospital
de Enfermedad Común zona 9 del Instituto
Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-
enero 2005 - enero 2011**

julio - agosto 2011

El cual ha sido revisado y corregido por el Profesor de la Unidad de Trabajos de Graduación -UTG-, Dr. Luis Gustavo de la Roca Montenegro y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se les autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, el veintitrés de septiembre del dos mil once.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

**Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas
Coordinador**

Guatemala, 23 de septiembre del 2011

Doctor
Edgar Rodolfo de León Barillas
Unidad de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. de León Barillas:

Le informo que los estudiantes abajo firmantes:

Carlos Alberto Ramírez Fernández

Carlos Roberto Morales Flores



Presentaron el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

**"CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y CALIDAD DE VIDA
POST TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TROMBOSIS
ASOCIADA A SÍNDROME DE MAY THURNER"**

Estudio descriptivo realizado
en pacientes adultos atendidos en la
Unidad de Cirugía Vascular del hospital
de Enfermedad Común zona 9 del Instituto
Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-
enero 2005 - enero 2011

julio - agosto 2011

Del cual como asesor y revisor nos responsabilizamos por la metodología,
confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la
pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.


Asesor
Firma y sello


CHARITE
Manuel Alejandro Menes H.
Cirujano Cardiovascular
Col. 9572

Revisor
Firma y sello
Reg. de personal


20060332

Juan Francisco Morales Jáuregui
Cirujano General
Colegiado 10207

RESUMEN

OBJETIVO: Cuantificar la prevalencia de los pacientes que desarrollan trombosis asociada a síndrome de May Thurner, y caracterizar clínica (síntomas, estadio clínico, métodos diagnósticos y calidad de vida) así como características epidemiológicas (edad, sexo) en la Unidad de Cirugía Vascular el hospital de enfermedad común del IGSS de la zona 9. **METODOLOGÍA:** Se realizó estudio descriptivo observacional en los pacientes atendidos en la unidad de Cirugía Vascular del Hospital de Enfermedad Común del IGSS de la zona 9 realizando una revisión sistemática y programada de los 203 expedientes clínicos de los pacientes que consultaron a la unidad de Cirugía Vascular con trombosis asociada a Síndrome de May Thurner durante el período de enero 2005 - enero 2011, se aplicó la boleta de recolección de datos y se procesó la información obtenida en ellas para caracterizar a estos pacientes. **RESULTADOS:** Los pacientes evaluados con diagnóstico de trombosis asociada a Síndrome de May Thurner fueron 143 pacientes encontrando una prevalencia de 700 casos por cada 1000 pacientes; la manifestación clínica más frecuente fue dolor, en 90% de los casos evaluados, así mismo se encontró que el rango etario más afectado fue el comprendido entre las edades de 35-44 años, el sexo femenino fue el que mas fue evaluado por Síndrome de May Thurner con el 68% del total de casos, así mismo el método diagnóstico de elección más utilizado fue la angioresonancia magnética en 3D utilizada en 199 pacientes del total, realizando en el 100% de los pacientes angioplastia arterial o venosa mas colocación de Stent, en la calidad de vida el 88% de la población masculina y el 76% de la femenina tuvieron buena calidad de vida por el contrario el 11% y el 22% de la calidad de vida fue mala para la muestra de pacientes masculinos y femeninas respectivamente. **CONCLUSIONES:** La mayoría de los pacientes que presenta Síndrome de May Thurner desarrollo trombosis, el sexo más afectado fue el femenino, el rango de edad más afectado fue de 35 a 44 años , de las manifestaciones clínicas las más frecuentes son el dolor y edema se pudo observar que las venas varicosas y ulcera trófica están más relacionadas en el caso de trombosis, El método diagnóstico más utilizado es la angioresonancia 3D y el tratamiento más utilizado es la angioplastia con estent recubierto, la mayoría de los pacientes presenta una buena calidad de vida luego de la realización del tratamiento .

PALABRAS CLAVE: manifestación clínica, adulto, calidad de vida, angioresonancia 3D, angioplastia.

ÍNDICE

	Página
Resumen	
1. Introducción	1
2. Objetivos	3
3. Marco teórico	5
3.1 Contextualización del área de estudio	5
3.1.1 República de Guatemala	5
3.1.2 Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	6
3.2 Síndrome de May Thurner-Síndrome Oclusivo de la Vena Iliaca Izquierda	7
3.2.1 Definición	7
3.2.2 Historia	8
3.2.3 Epidemiología	8
3.2.4 Fisiopatología	9
3.2.5 Presentación Clínica	10
3.2.6 Diagnostico	10
3.2.7 Tratamiento	10
3.2.8 3.2.7.1 Manejo de Anticoagulación	10
3.2.7.2 Manejo Endovascular	11
3.2.8 Complicaciones asociadas	11
3.1.8.1 Trombosis venosa Profunda	11
3.1.8.2 Fisiopatología TVP	13
3.1.8.3 Factores de Riesgo	14
3.1.8.4 Diagnostico	14
3.2 Calidad de vida	14
3.3.1 Concepto	14
3.3.2 Tipos de cuestionarios	16
4 Metodología	21
4.1 Tipo de investigación	21
4.2 Diseño de investigación	21
4.3 Unidad de análisis	21
4.3.1 Unidad primaria de Muestreo	21
4.3.2 Unidad de análisis	21
4.3.3 Unidad de información	21
4.4 Población y muestra	21

4.4.1	Población o universo	21
4.4.2	Marco Muestral	21
4.4.3	Muestra	22
4.5	Selección de los sujetos de estudio	22
4.5.1	Criterios de inclusión	22
4.5.2	Criterios de exclusión	22
4.6	Definición y operacionalización de variables	23
4.7	Técnica, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos	25
4.7.1	Técnica	25
4.7.2	Procedimiento	25
4.7.3	Instrumento	25
4.8	Procesamiento y análisis de datos	26
4.8.1	Procesamiento	26
4.8.2	Análisis de datos	26
4.9	Alcances y límites de la investigación	26
4.9.1	Alcances	26
4.9.2	Límites	27
4.10	Aspectos éticos de la investigación	27
5	Resultados	29
6	Discusión	37
7	Conclusiones	41
8	Recomendaciones	43
9	Aportes	45
10	Referencias bibliográficas	47
11	Anexos	51

1. INTRODUCCIÓN

Durante décadas la trombosis venosa profunda ha sido una entidad clínica y patológica que ha afectado silenciosamente a miles de personas alrededor del mundo, provocando síntomas que imposibilitan la actividad normal del paciente y complicaciones tan serias que pueden resultar en una muerte rápidamente progresiva, de tal manera que la detección oportuna de esta enfermedad así como la detección de los síntomas que la caracterizan son muy importantes para mejorar la calidad de vida del paciente y disminuir la morbilidad por medio de un tratamiento oportuno.(1)

Se han establecido diversos factores de riesgo y condiciones médicas que resultan detonantes de la trombosis venosa profunda, a tal punto que se han establecido una serie de conexiones multifactoriales que producen la trombosis venosa profunda, ignorando completamente la presencia de oclusión crónica de la vena iliaca izquierda.(2)

Virchow describió en 1851 la lesión en las venas ilíacas en el lado izquierdo 5 veces más frecuentes que en el lado derecho. Luego de esto May y Thurner en 1957 describieron la compresión de la vena iliaca izquierda por la arteria iliaca derecha en 22% de 430 cadáveres que estudiaron. (3)

El síndrome de May Thurner resulta de la compresión de la vena iliaca izquierda y consecuentemente se desarrollan diferentes patologías que involucran lesiones vasculares, hipertensión venosa pero principalmente en este estudio se pretende relacionar la aparición de trombosis, por tal motivo resulta imperante enfocar este estudio en determinar la relación de la aparición de la trombosis con los pacientes que padecen del síndrome de May Thurner. (4)

El diagnóstico temprano de la compresión en la vena iliaca izquierda puede ayudarnos a dar un tratamiento temprano y oportuno a los pacientes que consultan a la unidad de cirugía vascular del IGSS, el cual consiste en angioplastia o colocación de Stent en las venas ilíacas, teniendo en cuenta que la detección temprana de esta variante anatómica puede evitar complicaciones en el futuro siendo una de las más serias la trombosis venosa profunda. Teniendo en cuenta esto, se podría dar paso a nuevos estudios que involucren poblaciones mayores incluyendo otros hospitales o que incluyan otras patologías que resultan del síndrome de May Thurner.(5)

Este problema abarca un porcentaje de 40% en hombres y 16% en mujeres en lo que respecta a venas varicosas y edema del tobillo en un 7% en hombres y 16% en

mujeres, este estudio fue realizado en Escocia, en Estados Unidos representa un porcentaje de 12.9% y 25.9% en hombres y mujeres respectivamente, los síntomas crónicos que resultan de la oclusión de la vena iliaca izquierda han sido estudiados en varios países del mundo principalmente Europa, Asia y Estados Unidos 0. durante las últimas 4 décadas con diferentes tamaños de población tanto masculina como femenina encontrando altas prevalencias de venas varicosas, cambios tróficos, úlceras e hiperpigmentación, todos estos cambios crónicos son desencadenados por oclusión de la vena iliaca. (6)

Actualmente en Guatemala no hay investigaciones disponibles que relacionen la presencia de patologías tanto agudas como crónicas con el síndrome de May Thurner, así mismo se dispone de pocas publicaciones en revistas que resulten enriquecedoras en este tema, las instituciones públicas no han mostrado mucho interés en estudiar este tema, Es por eso que hemos decidido realizar nuestro estudio en el IGSS ya que esta entidad tiene la capacidad económica de realizar todos los estudios que se necesiten para poder dar diagnósticos certeros pero a la problemática de este padecimiento nos surge la duda de Cuales son las características clínicas de este padecimiento, si afecta más a hombres o a mujeres ya que se pueden realizar los estudios cual es el más utilizado para un mejor diagnostico, al tener diagnosticado al paciente es importante conocer cuál es el tratamiento más utilizado así como saber cuál es la calidad de vida de este paciente luego de su tratamiento.

Con el presente estudio se generaron datos clínicos y epidemiológicos de los pacientes que presentaban síndrome de May Thurner.

El estudio mostro que el (70%) de los pacientes que padecen este síndrome pueden desarrollar trombosis, el sexo más afectado fue el femenino mostrando un (68%) con respecto a la población general, dentro de las características clínicas tenemos que el dolor se presento en un (90%) el edema se encontraba en un (79%) las venas varicosas y las úlceras tróficas se encontraban en un porcentaje menor pero tenían relación al encontrarse juntas en los pacientes que desarrollan trombosis, el método diagnostico más utilizado fue la angioresoncia 3d mostrando un (98%) en su utilización, el tratamiento más utilizado fue la angioplastia en un (100%) de su utilización, el (74%) de la población encuestada tiene buena calidad de vida.

2. OBJETIVOS

2.1 General:

- 2.1.1 Caracterizar las manifestaciones clínicas, métodos diagnósticos y calidad de vida de los pacientes tratados por trombosis secundaria a síndrome de May Thurner en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

2.2 Específicos:

- 2.2.1 Cuantificar la prevalencia de pacientes con síndrome de May Thurner que desarrollan trombosis.
- 2.2.2 Identificar el sexo que más frecuentemente desarrolle trombosis y se asocie a síndrome de May Thurner.
- 2.2.3 Determinar la edad que más frecuentemente desarrolle trombosis y se asocie a síndrome de May Thurner.
- 2.2.4 Determinar el método diagnóstico más utilizado para identificar síndrome de May Thurner.
- 2.2.5 Identificar las manifestaciones clínicas más frecuentes en pacientes que desarrollan trombosis asociada a síndrome de May Thurner.
- 2.2.6 Determinar la calidad de vida de los pacientes que fueron tratados por trombosis asociado a síndrome de May Thurner.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Contextualización del área de estudio

3.1.1 República de Guatemala

La República de Guatemala se encuentra localizada en la parte Norte del istmo Centroamericano; limita al Norte y Oeste con la República de México; al Sur con El Océano Pacífico; y al Este con el Océano Atlántico, y las Repúblicas de Belice, Honduras y El Salvador. Se halla comprendida entre los paralelos 13° 44' a 18° 30' Latitud Norte y entre los meridianos 87° 24' a 92° 14' Longitud Oeste. Su extensión territorial es de aproximadamente 108,889 kilómetros cuadrados, con una población estimada para el 2010 de 14,361,666 habitantes.; de los cuales la población menor de 14 años se divide de la siguiente manera: de 0 a 4 años 2,165,745 habitantes, de 5 a 9 años 2,004,670 habitantes y de 10 a 14 años 1,798,262 habitantes.¹¹ Presenta dos estaciones al año, invierno y verano, su clima es variado de acuerdo a su topografía, por lo tanto puede ir de cálido a templado y muy frío. Guatemala está dividida en ocho regiones, cada región abarca uno o más departamentos que poseen características geográficas, culturales y económicas parecidas. Cada uno de sus departamentos se divide en municipios y los municipios en aldeas y caseríos. Actualmente existen 22 departamentos y 333 municipios. (11, 12,13)

El 51% de la población total se encuentra por debajo de la línea de pobreza, siendo 15.2% extremadamente pobre y 27.2% de los pobres son de población indígena, según los últimos estudios realizados en el país. (13)

3.1.1.1 Departamento de Guatemala

El Departamento de Guatemala se encuentra situado en la Región I o Región Metropolitana, su cabecera departamental es Guatemala, limita al Norte con el departamento de Baja Verapaz; al Sur con los departamentos de Escuintla y Santa Rosa; al Este con los departamentos de El Progreso, Jalapa y Santa Rosa; y al Oeste con los departamentos de Sacatepéquez y Chimaltenango. Se ubica en la latitud 14° 38' 29" y longitud 90° 30' 47", y cuenta

con una extensión territorial de 2,253 kilómetros cuadrados.²¹ Cuenta con 17 municipios que son: Guatemala, Santa Catarina Pinula, San José Pinula, San José del Golfo, Palencia, Chinautla, San Pedro Ayampuc, Mixco, San Pedro Sacatepéquez, San Juan Sacatepéquez, San Raimundo, Chuarrancho, Fraijanes, Amatitlán, Villa Nueva, Villa Canales y Petapa. (14)

El idioma predominante es el español, pero también se habla el cachiquel y pocomam. (14)

3.1.2 Instituto Guatemalteco de Seguridad Social - IGSS

En Guatemala, como una consecuencia de la Segunda Guerra Mundial y la difusión de ideas democráticas propagadas por los países aliados, se derrocó al gobierno interino del General Ponce Vaides quien había tomado el poder después de una dictadura de 14 años por el General Jorge Ubico, y se eligió un Gobierno democrático, bajo la presidencia del Dr. Juan José Arévalo Bermejo. (10)

El Gobierno de Guatemala de aquella época, gestionó la venida al país, de dos técnicos en materia de Seguridad Social. Ellos fueron el Lic. OSCAR BARAHONA STREBER (costarricense) y el Actuario WALTER DITTEL (chileno), quienes hicieron un estudio de las condiciones económicas, geográficas, étnicas y culturales de Guatemala. El resultado de este estudio lo publicaron en un libro titulado "Bases de la Seguridad Social en Guatemala". (10)

Al promulgarse la Constitución de la República de aquel entonces, el pueblo de Guatemala, encontró entre las Garantías Sociales en el Artículo 63, el siguiente texto: "SE ESTABLECE EL SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO". La Ley regulará sus alcances, extensión y la forma en que debe de ser puesto en vigor. (10)

El 30 de Octubre de 1946, el Congreso de la República de Guatemala, emite el Decreto número 295, "LA LEY ORGANICA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL". Se crea así "Una Institución autónoma, de derecho público de personería jurídica propia y plena capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones, cuya finalidad

es aplicar en beneficio del pueblo de Guatemala, un Régimen Nacional, Unitario y Obligatorio de Seguridad Social, de conformidad con el sistema de protección mínima" (Cap. 1°, Art. 1°). (10)

Se crea así un Régimen Nacional, Unitario y Obligatorio. Esto significa que debe cubrir todo el territorio de la República, debe ser único para evitar la duplicación de esfuerzos y de cargas tributarias; los patronos y trabajadores de acuerdo con la Ley, deben de estar inscritos como contribuyentes, no pueden evadir esta obligación, pues ello significaría incurrir en la falta de previsión social. (10)

La Constitución Política de la República de Guatemala, promulgada el 31 de Mayo de 1985, dice en el artículo 100: "Seguridad Social. El Estado reconoce y garantiza el derecho de la seguridad social para beneficio de los habitantes de la Nación. (10)

Es en esta institución donde se encuentra la unidad de cirugía vascular la cual se encarga de la atención de los pacientes y del tratamiento respectivo. (10)

3.2 Síndrome de May Thurner – Síndrome Oclusivo de la Vena Iliaca Izquierda

3.2.1 Definición

El Síndrome de May-Thurner consiste en la compresión de la vena ilíaca izquierda al cruzarse la arteria sobre ella. En algunas personas, la arteria causa compresión sobre la vena iliaca izquierda estrechando la luz de la misma. Esta condición puede ocurrir tanto en niños, lo cual es excepcional, como en adultos y se debe a la regresión incompleta de los canales venosos. (1)

Varios términos han sido utilizados para el Síndrome de May-Thurner, por ejemplo síndrome de compresión de la vena ilíaca, Síndrome de Cockett, o Síndrome de Compresión de la Vena Ilíaca Primitiva Izquierda. No es una causa infrecuente de anomalías venosas en miembro inferior izquierdo. (2)

Este tipo de obstrucción, que puede causar inflamación de la pierna, trombosis venosa profunda, éstasis venosa crónica con úlceras varicosas, o complicaciones más serias, como tromboembolismo pulmonar o flegmasia cerúlea dolens, puede ser pasado por alto como diagnóstico posible. La arteria ilíaca primitiva derecha induce obstrucción parcial de la vena ilíaca primitiva en dos maneras: por su orientación anatómica con atrapamiento físico subsecuente de la vena, y por ocasionar una hipertrofia de la íntima de la vena, resultante de la fuerza pulsátil de la arteria sobre ella. (2)

Las lesiones que se producen en las venas ilíacas son más comunes del lado izquierdo. (3)

3.2.2 Historia

La posibilidad de una compresión a nivel de la vena ilíaca fue vista por primera vez por Virchow, en 1851, como una explicación de una incrementada incidencia de trombosis venosa profunda del lado izquierdo más que del lado derecho. (3) El observó que la trombosis de la vena iliofemoral era cinco veces más común de lado izquierdo que del lado derecho. (4) Mc Murrich confirma las sospechas de Virchow al examinar especímenes en autopsias en 1910. En 1957, May y Thurner proveyeron confirmación histológica de la naturaleza fibrótica de la obstrucción, sugiriendo una etiología más adquirida y reactiva que congénita o defecto del desarrollo. (2) Ellos observaron que la arteria ilíaca derecha comprimía la vena ilíaca izquierda contra la quinta vértebra lumbar en 22% de 430 cadáveres que habían estudiado La importancia clínica de esta condición fue enfatizada por Cockett y Thomas en 1965. (3)

3.2.3 Epidemiología

La obstrucción de la vena iliofemoral izquierda representa un problema muy común en la población adulta. Esto representa un amplio espectro de complicaciones variando desde incompetencia de venas varicosas hasta cambios tróficos de la piel y úlceras en los casos más severos. (5)

Actualmente se utiliza el CEAP (clinical, etiological, anatomical and pathological elements) que no solo incluye los síntomas clínicos de la insuficiencia venosa sino que también considera la etiología y la

distribución anatómica así como el mecanismo patogénico basado en una puntuación según sea la severidad del caso que van desde C0 hasta C6. (5)

La prevalencia de venas varicosas como complicación del Síndrome de May Thurner van desde 2-56% en hombres y de 1-60% en las mujeres, algunas variantes las representan la edad, sexo y genero lo cual crea una brecha aun mas grande para determinar la incidencia de la presencia de venas varicosas como complicación del síndrome de May Thurner. (5)

En estudios recientes se ha demostrado por medio de entrevistas y cuestionarios que los hombres padecen de una 6.8% de venas varicosas como complicación de síndrome de May Thurner frente a 24.6% de venas varicosas que presentaban las mujeres, lo que sugiere que la población masculina acude con mas preocupación al médico que las mujeres por presentar venas varicosas. (5)

En un estudio practicado en España, el cual cuantificaba la prevalencia de la insuficiencia venosa crónica en las clínicas de atención primaria, encontrando que los pacientes tenían factores de riesgo los cuales eran más comunes: el sobrepeso, el sedentarismo y los antecedentes personales y familiares de trombosis e insuficiencia venosa crónica, lo cual se puede interpretar como un problema de salud muy grande, pero que se ha subestimado y tratado poco ya que la mayoría de pacientes era visto por un médico de atención primaria en vez de un médico especialista angiólogo o vascular. (6)

- 3.2.4 Fisiopatología El Síndrome de May-Thurner se produce por el traumatismo repetitivo de la vena ilíaca primitiva izquierda ocasionado por el apoyo sobre esta estructura vascular de la arteria ilíaca primitiva derecha, que transcurre en contacto con la cara anterior de la vena. Este contacto provoca en general la formación de uno o varios tabiques fibrosos que pueden formar dos o más canales de flujo en la zona, con el consiguiente deterioro de la capacidad de drenaje venoso, provocando edema unilateral del miembro inferior izquierdo o várices. También está descrita la trombosis de la vena ilíaca primitiva en forma aguda. (7)

3.2.5 Presentación clínica

El Síndrome de compresión de la vena iliaca izquierda o Síndrome de May Thurner tiene tres diferentes patrones clínicos. (1)

En muchos casos, la condición es asintomática y se descubre al realizar una flebografía, observándose en esta zona un ensanchamiento y aplanamiento de la vena ilíaca izquierda. En otros casos, se presenta edema del miembro inferior que evoluciona en brotes y con un cuadro de pseudoflebitis recidivante. Es frecuente la trombosis segmentaria de la vena ilíaca izquierda, en particular en mujeres jóvenes, durante el embarazo o después de viajes largos. Se estima que el síndrome de May-Thurner es el responsable del 5 al 30% de los casos de trombosis venosa iliofemoral. (1)

3.2.6 Diagnóstico

Se realiza por medio de venograma el cual pues por medio de radiografía nos permitirá tener una mejor visualización de las venas, a las cuales se les administra medio de contraste el cual pintará las venas y así poder evaluar el tamaño y estado de las venas y es uno de los más utilizados. (2)

En algunas ocasiones y si se tiene a la mano también podemos utilizar métodos como: dúplex, vanografía por RMI, tomografía helicoidal con reconstrucción en tercera dimensión. (2)

3.2.7 Tratamiento

El tratamiento del síndrome de May-Thurner no complicado con trombosis es debatible. En casos graves, se recurre a la colocación de un Stent. Por regla general, los pacientes son tratados con warfarina durante 4 a 6 meses para mantener la patencia de la vena, aunque si el estado del paciente no es hipercoagulable, se puede evitar la administración de anticoagulantes. (1)

3.2.7.1 Manejo con Anticoagulación.

Dentro de las alternativas medicas que se encuentran disponibles para tratar el síndrome de May Thurner por compresión y subsecuentemente la obstrucción de la vena iliaca o iliofemoral se encuentra la warfarina, el cual es un tratamiento inicial y alternativo para el manejo de este

síndrome. Al iniciar la anti coagulación se debe tener en cuenta la utilidad de la heparina y de las heparinas de bajo peso molecular, se debe iniciar una dosis de heparina de 5000 unidades intravenoso y seguido de una infusión de 24 horas de 14 U/kg. Por un lapso no mayor de 48 horas seguido de warfarina 5mg vía oral al día. La probabilidad de que el paciente termine con colocación de stent es muy alta. (8)

3.2.7.2 Manejo Endovascular.

Según estudios practicados en Los Ángeles California, en donde probaron la recanalización de la vena obstruida debido a una compresión de la vena iliaca izquierda por medio de Stent fue una alternativa segura y efectiva que restauro la funcionalidad de la vena, esta técnica mejoro el dolor y el edema en la mayoría de pacientes que cursaron con obstrucción de la vena iliofemoral las cuales se diagnosticaron por medio de resonancia magnética. Finalmente se concluyo que el método endovascular era el de elección para el tratamiento de la obstrucción de la vena iliofemoral izquierda. (8)

3.2.8 Complicaciones asociadas

3.2.8.1 Trombosis venosa profunda (TVP) y Síndrome Postrombótico (SPT).

La trombosis venosa profunda (TVP) de los miembros inferiores es una grave enfermedad con una incidencia aproximada de un caso/1.000 habitantes/año. Su curso clínico puede complicarse por la aparición de tasas significativas de embolias pulmonares (EP), hemorragias, TVP recurrentes y el desarrollo de graves secuelas postrombóticas. Resulta, por tanto, sorprendente que la mayor parte de los numerosos estudios realizados en los últimos quince años, se hayan centrado sobre sus complicaciones a corto plazo, mientras sus consecuencias tardías, pero no menos graves, como el síndrome postrombótico (SPT), hayan recibido tan poca atención en la literatura. Pero todavía es más sorprendente, si cabe, que, actualmente, su único factor de riesgo identificado sea la TVP recurrente ipsilateral. (16, 9)

Su resultado lógico ha sido que, hasta el presente, el médico no pueda proporcionar a los pacientes con TVP una información individualizada sobre el pronóstico de su enfermedad. (15)

La verdadera incidencia del SPT no se conoce con precisión. (17) En la mayor parte de los estudios realizados en los últimos 60 años varía entre el 20 y el 100%. (17) Una posible explicación para esta gran variación se debería al limitado número de investigaciones que miden prospectivamente la incidencia del SPT, y a que no son comparables debido a las diferencias en el tiempo de seguimiento, selección de los pacientes y definición del síndrome. (17, 18)

En un estudio realizado en 61 pacientes con TVP encuentran que, 39 meses después, el 67% tenían dolor o edema en el miembro afecto. Beyth et al en otro estudio realizado en 124 pacientes con TVP, demuestran que a los 8 años de seguimiento, el 42% presentaban por lo menos un síntoma sugestivo de SPT, aunque no se realizó una exploración física para confirmar su diagnóstico. (8,15)

Otros dos estudios han demostrado que el SPT en la mayor parte de los casos se establece entre el primer y segundo año después de la TVP. Prandoni et al, en un estudio prospectivo de 355 pacientes con un primer episodio trombótico y un seguimiento bianual durante más de ocho años, demuestran que 84 pacientes (23,7%), desarrollaron un SPT, de los que el 30,2% tenían manifestaciones graves. (19) La incidencia acumulativa fue del 17,3% y del 22,8% al primer y segundo año de seguimiento, respectivamente, y se incrementa gradualmente hasta el 29,1% a los ocho años. Lo que contrasta con las cifras obtenidas en otros estudios previos y que podría explicarse, en parte, por cuatro factores. Primero, el 15% de los pacientes sólo tenían una TVP poplítea o de la pantorrilla, lo que comparado con las trombosis proximales, puede asociarse con un bajo riesgo de padecer un SPT. Segundo, las medias de compresión, que parecen reducir la incidencia del SPT, fueron empleadas sistemáticamente. Tercero, se utilizaron criterios diagnósticos estandarizados con lo que se evitaron todos aquellos signos y síntomas no específicos que en anteriores estudios podrían haberse etiquetados como típicos de un SPT. (19, 20)

Finalmente, determinados factores específicos pueden haber contribuido a su baja incidencia (su origen, el que todos los pacientes fueran ambulatorios y que ninguno tenía TVP recurrentes). (20)

Un estudio aleatorio para evaluar los beneficios de las medias de compresión (40 mmHg de presión en el tobillo), realizado en 194 pacientes con una TVP proximal previa, y en el que se utilizó el sistema de puntuación diagnóstico de Villalta et al, demostró que el SPT de tipo medio aparecía dentro de los 12 meses siguientes en el 25% de los pacientes tratados con la media de compresión, en comparación con el 50% del grupo control. Para el SPT grave, estas cifras fueron del 10 y del 20%, respectivamente. Un estudio reciente ha demostrado un incremento estadístico y clínicamente significativo de la incidencia del SPT ($30/110 = 27,3\%$; IC 95%, 18,9 - 35,6%), un año después de padecer una TVP proximal sintomática. (19)

Por lo tanto, de la mayor parte de los estudios disponibles, parece deducirse que el SPT se establece un año después de la TVP aguda en el 17% al 50% de los pacientes. 20 A pesar de la creencia generalizada de que son necesarios de cinco a diez años para que se manifieste el SPT, estos tres estudios demuestran que la mayor parte de los casos se vuelven clínicamente aparentes entre el primer y el segundo año después del episodio trombótico agudo. (21)

3.2.8.1 Fisiopatología

El SPT es el resultado de la hipertensión venosa que sigue al desarrollo de la incompetencia valvular, al reflujo, y/o a la obstrucción venosa, con una función linfática o microcirculatoria anormales.²¹ La incompetencia valvular es la consecuencia del daño sufrido por las válvulas venosas en el momento del episodio trombótico agudo, o durante la fase posterior de recanalización venosa. Si ésta es incompleta aparece una oclusión del flujo venoso, lo que lleva al desarrollo de la circulación colateral por medio de las venas superficiales y perforantes, que gradualmente pueden volverse incompetentes y varicosas debido a su progresiva dilatación. (21)

3.2.8.2 Factores de riesgo

Se han asociado diversos factores de riesgo, de los cuales hay evidencia y estudios de que lo soportan, principalmente se han establecido factores de riesgo como la edad, sexo, procedencia, ocupación, uso de terapia hormonal, así como abandono de la terapia anticoagulante oral, esto llevara a desarrollar una TVP y subsecuentemente un SPT. El síndrome de May Thurner queda estrictamente relacionado con estas entidades clínicas por ser un factor desencadenante de la TVP y del SPT. (21)

3.2.8.3 Diagnóstico

Los métodos actualmente disponibles para la valoración del diagnóstico del SPT incluyen: el diagnóstico clínico, las pruebas de evaluación y cuantificación macrocirculatorias (flebograpía, eco-Doppler-dúplex color y la angioresonancia magnética [ARM]) y microcirculatorias (flujometría laser Doppler, medición transcutánea de la presión parcial de O₂ y CO₂ y la pletismografía por impedancia). (21, 22)

3.3 Calidad de vida

A lo largo de la historia distintos grupos de pensadores y pensadoras (filósofos/as, científicos/as, etc.), han tenido en sus discursos y estudios muy presente la inquietud de saber y de explicar el estado de felicidad. Al terminar el siglo pasado y a comienzo de éste, se abrió paso a los estudios acerca de Calidad de Vida, concepto que se define muy bien como "bienestar subjetivo". (23)

3.3.1 Concepto

Asistimos en la actualidad a un gran auge del enfoque de la enfermedad dentro de un contexto más "personal", en el que se considera tanto los factores psicológicos, como los sociales, y la implicación que la presencia de la misma tiene en la vida del paciente, o más concretamente en su "calidad de vida", aunque algo menos eufemísticamente tendríamos que hablar en el deterioro o pérdida de calidad de vida causado por la presencia de la enfermedad. Esta nueva perspectiva intenta situar la enfermedad desde el punto de vista del paciente y, lógicamente, donde cobra más importancia es en aquellas patologías de carácter crónico como pueden ser la diabetes,

enfermedades renales que precisan diálisis, la hipertensión arterial, la enfermedad de Parkinson, etc. Por ello se ha desarrollado diferentes cuestionarios en los que el objetivo es la medida de la "*salud percibida*" por el paciente, y cuya utilidad dependerá de su fiabilidad y validez, así como de las posibilidades de interpretación de los resultados desde la óptica clínica, psicológica y social. (24)

El término "calidad de vida" pretende valorar aspectos de la enfermedad que no son estrictamente clínicos, sino relacionados con la vida diaria del paciente y en qué modo se ve afectada por la presencia de la patología, desde el punto de vista del propio paciente. Lógicamente esa valoración habrá de ser multidimensional y se acepta generalmente incluir, al menos, cuatro dimensiones a evaluar: física, funcional, psicológica y social. (24)

El concepto de *interpretación* es muy importante a la hora de utilizar los cuestionarios ya que éstos se diseñan para unos objetivos concretos, que hay que conocer si se quiere obtener conclusiones correctas: es muy diferente utilizar los resultados de un cuestionario de salud para tomar decisiones terapéuticas que, por ejemplo, para comparar el estado de diferentes pacientes, o que para evaluar costes. En el enlace "[Choosing a Health Outcome Measurement Instrument](#)" se puede encontrar algunas recomendaciones interesantes respecto al uso y elección de estos formularios. (24)

Los cuestionarios subjetivos han sido ampliamente utilizados en psicología y psiquiatría desde hace tiempo, y a pesar de su reconocida utilidad cuentan también con una buena dosis de "leyenda negra" que los desprestigia. El problema radica siempre en la determinación del grado de validez de los mecanismos utilizados para la medida de asuntos que son fundamentalmente subjetivos. Precisamente la teoría estadística de uso e interpretación de cuestionarios de salud se basa en los amplios conocimientos adquiridos en el campo de los "test" psicológicos, desde que en 1884 el biólogo inglés sir Francis Galton, también conocido por sus trabajos de investigación de la herencia humana, promoviera el movimiento a favor de éstos. Más adelante se hablará de los criterios estadísticos a tener en cuenta en la valoración de los cuestionarios, así como de los parámetros de medida que se pueden obtener a partir de las encuestas;

pero en primer lugar se va a comentar los cuestionarios concretos más utilizados en el campo médico. (24)

3.3.2 Tipos de cuestionarios

En primer lugar clasificaremos las encuestas sobre la salud en *genéricas* y en *específicas o relativas a una patología concreta*. (24)

Las encuestas genéricas sobre calidad de vida en relación con la salud tratan de obtener medidas representativas de conceptos tales como estado psicológico y mental del paciente, limitaciones en la actividad física debidas a la presencia de la enfermedad, grado de afectación en las relaciones sociales del paciente, dolor, bienestar corporal, etc. y entre los más conocidos están:

- NHP (Nottingham Health Profile)
- SF-36 Health Survey
- SIP (Sickness Impact Profile)

El uso de encuestas específicas para una patología o grupo de patologías es cada vez más amplio, aunque los cuestionarios utilizados tienen, por su propia naturaleza, una menor difusión al restringirse su campo de aplicación a un área específica.

Aunque la orientación de cada tipo de encuesta es diferente, los criterios estadísticos a aplicar son muy parecidos y podemos resumirlos en tres grandes rasgos: interpretación, fiabilidad y validez. Únicamente el primero de ellos va muy asociado a las características de la encuesta, los otros dos podemos considerarlos conceptos generales. (24)

El más adecuado para identificar patologías sin especificidad para alguna en particular el cuestionario SF-36 resulta ideal para evaluar cualquier patología. (24,25)

El SF-36 fue diseñado por el Health Institute, New England Medical Center de Boston, Massachusetts; este instrumento se utilizó inicialmente en el Estudio de Resultados Médicos (Medical Outcomes Study), donde se

demonstró su validez y confiabilidad; asimismo, se determinaron las normas de comparación para la población de Estados Unidos de América. (26)

En 1991 se inició el proyecto conocido como “Evaluación internacional de la calidad de vida” (International Quality of Life Assessment Project, IQOLA) para traducir, adaptar y probar la aplicabilidad intercultural de un instrumento genérico denominado Encuesta de Salud SF-36 (Short Form Health Survey). Los investigadores del proyecto IQOLA se esforzaron por intentar mantener la comparación de las diferentes versiones al adaptar culturalmente los ítems. Así, en el caso de actividades físicas regulares concretas, seleccionaron actividades culturalmente apropiadas que capturaran de forma adecuada el gasto global de energía involucrado en la actividad y, al mismo tiempo, representaran la utilización de las mismas partes del cuerpo y pudieran llevarse a cabo indistintamente por mujeres y varones. (26)

En 1996, Alonso y colaboradores informaron sobre la vigencia y seguridad de una versión en castellano, a partir de un estudio hecho a 46 pacientes con cardiopatía coronaria estable. Posteriormente, el proyecto IQOLA incluyó 14 países industrializados y en la actualidad hay más de 40 naciones participantes. Existen seis versiones de la encuesta SF-36 en castellano que se han adoptado y utilizado principalmente en pacientes que padecen enfermedades crónico-degenerativas en Argentina, Colombia, España, Honduras y México, así como en la población de origen mexicano de EUA. (26)

El cuestionario de salud SF-36 evalúa aspectos de la calidad de vida en (mayores de 16 años). El producto de su aplicación es la construcción de ocho conceptos o dimensiones de salud, resultantes del promedio de la suma de las preguntas contenidas en el cuestionario, estos conceptos son a) función física ,b) rol físico, c)dolor corporal, d)salud general, e)vitalidad, f)función social, g)rol emocional y h)salud mental. Además de los ocho conceptos de salud, el cuestionario SF-36 incluye el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual con respecto al año anterior. La respuesta a esta pregunta reproduce la apreciación propia respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud. (26)

Para cada una de las ocho dimensiones, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). El cuestionario no ha sido diseñado para generar un índice global. Sin embargo, permite el cálculo de dos puntuaciones que resumen, mediante la combinación de las cifras dadas por cada dimensión, la medida sumaria física y mental. Para facilitar la interpretación, se obtienen también puntuaciones estandarizadas con los valores de las normas poblacionales, de forma que 50 (desviación estándar de 10) es la media de la población general. Los valores superiores o inferiores a 50 deben interpretarse como mejores o peores, respectivamente, que la población de referencia.

TABLA 1
DIMENSIONES QUE MIDE EL TEST SF-36

DEFINICIÓN DE LAS DIMENSIONES	SIGNIFICADO
Función física	Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria; cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.
Rol físico	Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.
Dolor corporal	Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.
Salud general	Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.
Vitalidad	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.
Función social	Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.
Rol emocional	Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.
Salud mental	Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.

Fuente: Medical Outcomes Trust, <http://www.sf-36.org>

4. METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

4.1.1 Observacional descriptivo.

4.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

4.2.1 Descriptivo transversal retrospectivo.

4.3 UNIDAD DE ANÁLISIS

4.3.1 Unidad Primaria de Muestreo: Historias Clínicas de pacientes adultos con síndrome de May Thurner sintomáticos que asistieron a la unidad de cirugía vascular del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante el periodo comprendido de Enero 2005 a Septiembre 2011.

4.3.2 Unidad de Análisis: Datos clínicos, diagnósticos y terapéuticos registrados en las historias clínicas de cada paciente que asistieron a la unidad de cirugía del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante el periodo comprendido de Enero 2005 a Septiembre 2011.

4.3.3 Unidad de Información: Historias clínicas de Pacientes adultos con síndrome de May Thurner que asisten a la unidad de cirugía vascular , del Instituto Guatemalteco de seguridad Social durante el periodo comprendido de Enero 2005 a Septiembre 2011.

4.4 POBLACIÓN Y MUESTRA:

4.4.1 Población: Adultos afiliados al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social que consultaron a la unidad de cirugía vascular durante el periodo comprendido de Enero 2005 a Septiembre 2011.

4.4.2 Marco Muestral: Adultos afiliados al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social que consultaron a la unidad de cirugía vascular durante el período comprendido de Enero 2005 a Septiembre 2011.

4.4.3 Muestra: Todos los pacientes sintomáticos diagnosticados y tratados en la unidad de cirugía vascular con diagnóstico de síndrome de May Thurner durante el período comprendido de Enero 2005 a Septiembre 2011.

4.5 SELECCIÓN DEL SUJETO A ESTUDIO

4.5.1 Criterios de inclusión:

Se incluyó en el estudio todo expediente médico de paciente adulto que haya presentado diagnóstico de Síndrome de May Thurner y que presente o no trombosis asociada durante el periodo de enero del 2005 a septiembre del 2011

4.5.2 Criterios de exclusión:

Se excluyó del estudio a todo expediente clínico con papelería incompleta, los que sean ilegible y los de los pacientes que se encuentren fuera del período de estudio.

4.6 Definición y operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de Variable	Escala de medición	Instrumento
EDAD	Tiempo que un individuo ha vivido desde su nacimiento	Dato de edad cronológica reportado en el expediente médico anotada en años	Nominal	Razón	Expediente clínico
SEXO	Condición orgánica, que diferencia hombre mujer	Dato reportado en el expediente clínico ya sea masculino o femenino	Nominal	Razón	Expediente clínico
SINTOMAS	características de dicha enfermedad	Dato obtenido de la ficha clínica del padecimiento principal del paciente	Nominal	Razón	Expediente clínico
METODOS DIAGNOSTICOS	Procedimientos por los cuales se puede identificar una enfermedad	Dato reportado en el expediente clínico por el cual fue la identificación exacta de la enfermedad	Nominal	Razón	Expediente clínico

CARACTERISTICAS CLINICAS	Manifestación objetiva referente a una enfermedad o alteración de salud	Datos reportados en el expediente clínico del conjunto de alteraciones de posible enfermedad	Nominal	Razón	Expediente clínico
CALIDAD DE VIDA	Bienestar social general de individuos y sociedades	Identificación de la forma adecuada de vivir de un individuo	Nominal	Razón	Cuestionario SF-36

4.7 TÉCNICA, PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS

4.7.1 Técnica

Se realizó una revisión sistemática y programada de los expedientes clínicos de los pacientes mayores de 18 años que consultan a la unidad de cirugía vascular del IGSS de la zona 9, se aplicó la boleta de recolección de datos y se tabuló la información obtenida en ellas para caracterizar a estos pacientes.

4.7.2 Procedimiento

- Se entregó una carta de presentación del investigador a la directora médica del IGSS de la zona 9.
- Fue aprobado el proyecto de investigación por parte de las autoridades de los hospitales a estudio.
- Fue aprobado el proyecto de investigación por parte de las autoridades de la universidad.
- Se identificaron los expedientes a estudio y solicitud de los mismos al archivo de expedientes del IGSS de la zona 9 a partir de enero de 2005 a enero de 2011.
- Se solicitó un listado de pacientes que fueron vistos en la unidad de cirugía vascular con diagnóstico de Síndrome de May Thurner.
- Se realizó la revisión de expedientes en el archivo general de expedientes dentro de la institución aplicando la boleta de recolección de datos
- Luego de la revisión de registros clínicos se obtuvo una muestra de la población a los cuales se entrevistarán en la consulta externa de cirugía vascular haciendo uso del cuestionario de calidad de vida SF36.
- Se tabularon los datos y se procesaron con el programa Microsoft Excel se realizaron tablas y gráficas para la presentación de datos.
- Se presentó el trabajo a las autoridades correspondientes.

4.7.3 Instrumento

Para la realización del trabajo de campo de la presente investigación se utilizó una boleta de recolección de datos, la cual tenía como objeto proporcionar la información necesaria para el logro de los objetivos de la investigación.

La boleta de recolección de datos contó con los siguientes parámetros.

Parámetros Clínicos

- Diagnóstico May Turner
- Características clínicas
- Diagnóstico trombosis

Parámetros epidemiológicos:

- Edad del paciente cuando fue diagnosticado
- Sexo del paciente en estudio

Test de Calidad de Vida SF-36

4.8 PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

4.8.1 Plan de procesamiento

Posteriormente a una revisión sistemática y programada de los expedientes clínicos se procedió a tabular la información en hoja electrónica para después poder presentar cada una de las variables en estudio por gráficas.

4.8.2 Plan de análisis

Al finalizar la etapa de recopilación, tabulación y procesamiento de datos, se realizó un análisis descriptivo de los resultados en el hospital y luego ya con una muestra se procedió a obtener datos de calidad de vida de cada paciente luego de recibir tratamiento. Los datos obtenidos se analizaron por variables tomando como referencia los objetivos de investigación estableciendo de esta manera las conclusiones y recomendaciones más oportunas.

4.9 ALCANCES Y LÍMITES DE LA INVESTIGACIÓN

4.9.1 Alcances

La información generada en la presente investigación permitió conocer las características clínicas y de calidad de vida de los pacientes que

desarrollaron síndrome post trombótico asociado a enfermedad de May Thurner, los cuales son pacientes que asisten a la unidad de Cirugía Vascular del IGSS

4.9.2 Límites

La investigación encontró como límite el hecho de que los expedientes se encontraran en mal estado o con papelería incompleta ya que esto proporcionaría poca información para dicha investigación.

4.10 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se realizó con el debido respeto a la vida de los seres humanos ya que estos pacientes ya fueron estudiados en el hospital y se guardó la confidencialidad debida de los datos obtenidos de los expedientes por lo tanto este estudio fue de categoría I. (sin riesgo)

5. RESULTADOS

A continuación se presentan las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes adultos con diagnóstico de síndrome de May Thurner y que desarrollaron síndrome postrombótico en el hospital estudiado; dicha información fue obtenida de 203 expedientes médicos utilizando para ello la boleta de recolección de datos. Los datos se presentan en tablas y gráficas que concuerdan con los objetivos del presente estudio.

Tabla 1

Prevalencia de punto de pacientes con Síndrome de May Thurner que desarrollaron síndrome Postrombótico evaluados en la unidad de cirugía vascular del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en enero de 2005 a enero de 2011

Guatemala, septiembre 2011

PACIENTES CON SÍNDROME DE MAY THURNER	CASOS CLÍNICOS DE PACIENTES QUE DESARROLLARON SÍNDROME POSTROMBOTICO ASOCIADO A MAY THURNER		
	FRECUENCIA	TASA(1/1000)	%
203	143	700	70

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla 2

Manifestaciones clínicas de pacientes con síndrome de May Thurner evaluados en la unidad de cirugía vascular del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en enero de 2005 a enero de 2011

Guatemala, septiembre 2011

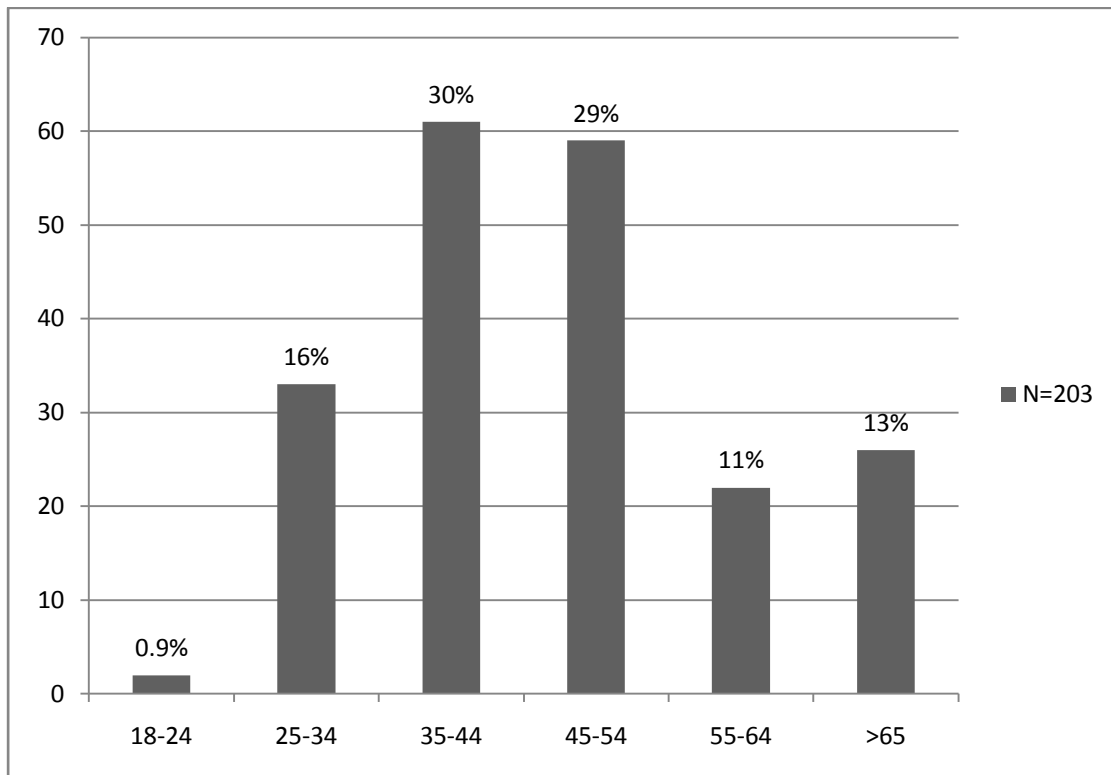
MANIFESTACIONES CLÍNICAS	FRECUENCIA	%
DOLOR	182	90
EDEMA	161	79
VENAS VARICOSAS	44	22
ÚLCERA TRÓFICA	28	14

Fuente: boleta de recolección de datos

Gráfica 1

Distribución por edad de pacientes con Síndrome de May Thurner que fueron evaluados en la unidad de cirugía vascular del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en enero de 2005 a enero de 2011

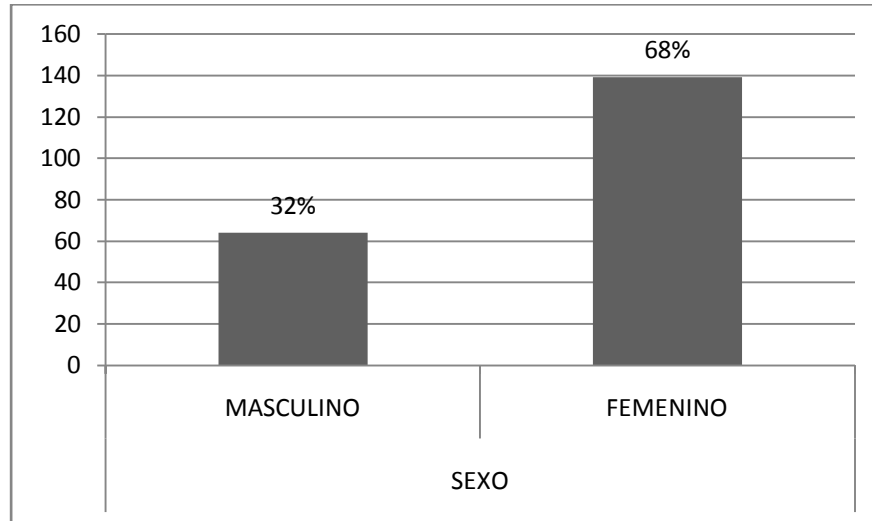
Guatemala, septiembre 2011



Fuente: ver anexo tabla 1

Gráfica 2

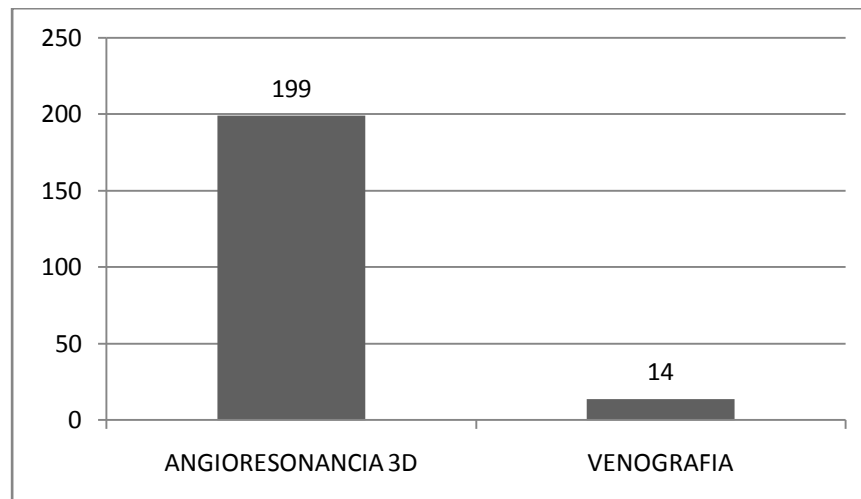
Distribución por sexo de pacientes con Síndrome de May Thurner que fueron evaluados en la unidad de cirugía vascular del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social enero de 2005 a enero de 2011



Fuente: ver anexo tabla 2

Gráfica 3

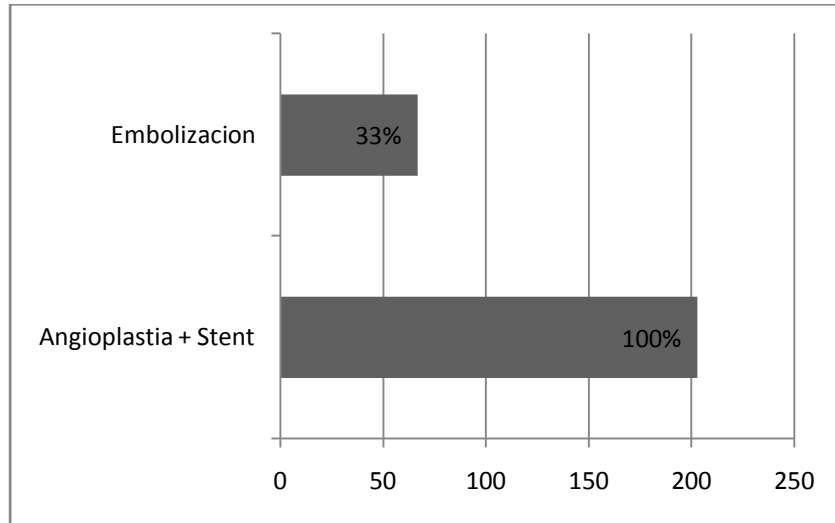
Métodos diagnósticos de elección en pacientes con Síndrome de May Thurner que fueron evaluados en la unidad de cirugía vascular del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en enero de 2005 a enero de 2011



Fuente: ver anexo tabla 3

Gráfica 4

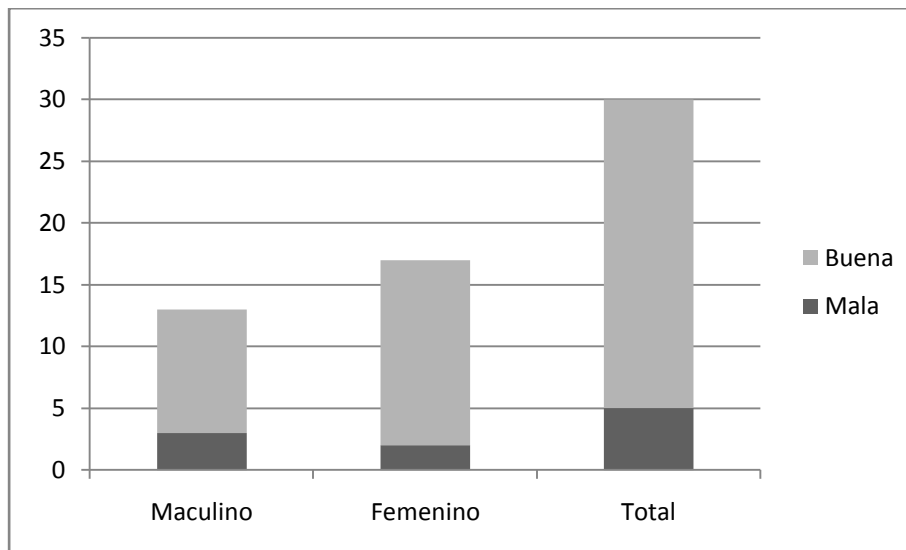
Tratamiento de elección en pacientes con Síndrome de May Turner que fueron evaluados en la unidad de cirugía vascular del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en enero de 2005 a enero de 2011



Fuente: ver anexo, tabla 4

Gráfica 5

Calidad de vida en pacientes con Síndrome de May Turner que fueron evaluados en la unidad de cirugía vascular del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en enero de 2005 a enero de 2011



Fuente: ver anexo, tabla

Tabla 3

Dimensiones de calidad de vida en pacientes con Síndrome de May Thurner que desarrollaron trombosis que fueron tratados en la unidad de cirugía vascular del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en septiembre 2011

Guatemala, septiembre 2011

Dimensión	Masculino				Femenino				Ambos sexos			
	>50*	%**	<50***	%	>50	%	<50	%	>50	%	<50	%
Función física	10	77	3	23	13	76	4	24	23	77	7	23
Rol físico	9	69	4	31	12	71	5	29	21	70	9	30
Dolor corporal	11	85	2	15	14	82	3	18	25	83	5	17
Salud general	8	62	5	38	15	88	2	12	23	77	7	23
Vitalidad	9	69	4	31	11	65	6	35	20	67	10	33
Función social	11	85	2	15	14	82	3	18	25	83	5	17
Rol emocional	12	92	1	8	15	88	2	12	27	90	3	10
Salud mental	12	92	1	8	16	94	1	6	28	93	2	7

Fuente: cuestionario SF -36

*Número de pacientes con puntaje mayor de 50.

**Porcentaje en relación al total de pacientes incluidos en el estudio.

***Número de pacientes con puntaje menor de 50.

6. DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó en la Ciudad de Guatemala, en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS, en la unidad de cirugía vascular, en donde se atendieron pacientes que padecían del Síndrome de May Thurner, al revisar expedientes y tomar los datos, tabularlos y procesarlos se ha podido determinar que en relación a la prevalencia del síndrome del Síndrome Postrombótico asociado al Síndrome de May Thurner es de 70% con una tasa de prevalencia de 1/1000 de 700, se ha podido establecer que la prevalencia del síndrome Postrombótico es alarmante para los pacientes que han sido vistos en la unidad de cirugía vascular del IGSS, así mismo se ha comparado con datos, los cuales reportan que la mayor parte de los estudios realizados en los últimos 60 años varía entre el 20 y el 100%. Una posible explicación para esta gran variación se debería al limitado número de investigaciones que miden prospectivamente la incidencia del SPT, y a que no son comparables debido a las diferencias en el tiempo de seguimiento, selección de los pacientes y definición del síndrome. (17, 18)

Retrospectivamente a lo largo de 5 años, los casos de síndrome Postrombótico han estado presentes en los pacientes que son diagnosticados con síndrome de May Thurner, lo cual lo hace ser considerado como parámetro inicial al empezar a evaluar a un paciente con esta patología, de los 203 pacientes evaluados 143 presentaron síndrome Postrombótico, un dato que revela una alta incidencia.

Según la revisión, en muchos casos, la condición es asintomática y se descubre al realizar una flebografía, observándose en esta zona un ensanchamiento y aplanamiento de la vena ilíaca izquierda. En otros casos, se presenta edema del miembro inferior que evoluciona en brotes y con un cuadro de seudoflebitis recidivante. Es frecuente la trombosis segmentaria de la vena ilíaca izquierda, en particular en mujeres jóvenes, durante el embarazo o después de viajes largos. Se estima que el síndrome de May-Thurner es el responsable del 5 al 30% de los casos de trombosis venosa iliofemoral. (1) Al evaluar estos datos se ha confirmado al haber revisado los expedientes clínicos, encontrando que un 90% de los pacientes presenta un cuadro de dolor en miembro inferior predominantemente izquierdo, en un 79% de los casos existe edema, en un 22% aparecen venas varicosas, las cuales pueden estar o no acompañadas de dolor o edema, así mismo solo un 14% de los pacientes presenta úlceras tróficas debido al cuadro de insuficiencia venosa ya muy avanzada por la cronicidad del cuadro.

Se encontró en el presente estudio que en lo que respecta a la distribución de edad, el grupo etario más afectado en el que se encuentra entre los 35 a 44 años de edad con un 30% de los casos, seguido de los adultos entre 45 y 54 años de edad con un 29% de los casos, considerando estos grupos como más vulnerables, probablemente por ser grupos etarios que se encuentran entre la población económicamente activa PEA. El grupo etario entre 25 a 34 años fue de 16%, los pacientes que padecieron síndrome de May Thurner entre las edades de 55 a 64 años fue de 11% y hay una elevación en la incidencia de casos de May Thurner en la población mayor de 65 años, población predominantemente jubilada. El síndrome de May-Thurner consiste en la compresión de la vena ilíaca izquierda al cruzarse la arteria sobre ella. En algunas personas, la arteria causa compresión sobre la vena iliaca izquierda estrechando la luz de la misma. Esta condición puede ocurrir tanto en niños, lo cual es excepcional, como en adultos y se debe a la regresión incompleta de los canales venosos, ¹ por lo tanto es de esperar que este síndrome afecte menos a la población más joven siendo la misma, comprendida entre las edades de 18 a 24 años de solo 0.9%, considerando siempre que el síndrome de May Thurner se va desarrollando con los años y en el caso de la población adultos jóvenes este en menor frecuencia (2).

La prevalencia del síndrome de May Thurner van desde 2-56% en hombres y de 1-60% en las mujeres, algunas variantes las representan la edad, sexo y genero lo cual crea una brecha aun mas grande para determinar la incidencia de la presencia de venas varicosas como complicación del síndrome de May Thurner. (5) en el presente estudio se encontró que en los hombres, la prevalencia fue de 32% y en las mujeres de 68%.

En estudios recientes se ha demostrado por medio de entrevistas y cuestionarios que los hombres padecen de una 6.8% de venas varicosas como complicación de síndrome de May Thurner frente a 24.6% de venas varicosas que presentaban las mujeres, lo que sugiere que la población femenina acude con mas preocupación al médico que las mujeres por presentar venas varicosas. (5)

En el presente estudio se encontró que ya que los métodos diagnósticos más utilizados son la vanografía y la resonancia magnética, aunque también hay otros métodos disponibles como la tomografía helicoidal, el dúplex (2) se ha encontrado que la angioresonancia en 3D se utiliza en el 98% de los pacientes a quienes se le diagnostico el síndrome de May Thurner, la vanografía ocupa el segundo puesto con menos del 7% de los casos (6.8%).

Se encontró en el presente estudio que el 100% de los pacientes con síndrome de May Thurner eran tratados con manejo endovascular, lo cual es el manejo más utilizado a nivel mundial por varios consensos hechos en estados unidos y Europa (8), solo un 33% de los pacientes requirieron embolización, por lo consiguiente no fue utilizado ningún otro tratamiento endovascular en los pacientes, el tratamiento definitivo fue la angioplastia arterial o venosa mas colocación de Stent recubierto.

El cuestionario de salud SF-36 evalúa aspectos de la calidad de vida en (mayores de 16 años). El producto de su aplicación es la construcción de ocho conceptos o dimensiones de salud, resultantes del promedio de la suma de las preguntas contenidas en el cuestionario, estos conceptos son a) función física ,b) rol físico, c)dolor corporal, d)salud general, e)vitalidad, f)función social, g)rol emocional y h)salud mental. Además de los ocho conceptos de salud, el cuestionario SF-36 incluye el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual con respecto al año anterior. La respuesta a esta pregunta reproduce la apreciación propia respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud. (26) En el presente estudio se encontró que en lo que respecta a la calidad de vida, la función física el 77% de los pacientes masculinos obtuvo un puntaje mayor de 50 puntos, la población femenina obtuvo un porcentaje de 23%, en lo que respecta al rol físico, la población masculina obtuvo un 70% de los puntos del cuestionario mientras que la población femenina obtuvo un 30%, en el ítem de dolor corporal, el sexo masculino que obtuvo más de 50 puntos obtuvo 85% y las mujeres 82%, en la sensación de salud general, la población masculina obtuvo 62% de los puntos y la femenina 88%, en la vitalidad, la población masculina 69% y la femenina 65%, en la función social para la población masculina y femenina 85 y 82% respectivamente, en el rol emocional para la población masculina y la femenina 92% y 88% respectivamente, y finalmente para la salud mental, para la población masculina y la población femenina 92% y 94% respectivamente, en resumen, la población masculina y la población femenina obtuvieron más de 50 puntos en el test de salud general.

En la calidad de vida, se encontró en el presente estudio, que la percepción de salud en la población masculina era de un total de 10 pacientes quienes respondieron que su salud era buena según la interpretación y el sexo femenino de 15 pacientes, por el contrario la población masculina refirió que su salud era mala en 22% de los casos entrevistados, mientras que la población femenina refirió en 88% que su salud era buena y un 11% refirió que su salud era mala según la interpretación del cuestionario SF-36.

7. CONCLUSIONES

- 7.1 Las manifestaciones clínicas más frecuentes son dolor con el (90%) el edema con el (79%) venas varicosas con el (22%) úlcera trófica con el (14%), El sexo más afectado es el Femenino con el (68%) entre la edad de 35 a 44 años, el método diagnóstico más utilizado es la angioresonancia 3d con un (98%) de utilización y el (74%) de la población presentan buena calidad de vida.
- 7.2 La prevalencias de pacientes con síndrome de May Turner que desarrollaron trombosis fue de (70%).
- 7.3 El sexo que más frecuentemente desarrollo trombosis fue el femenino en (68%).
- 7.4 La edad que más frecuentemente desarrollo trombosis fue en el rango de 35-44 años en (98%).
- 7.5 El método diagnóstico más utilizado para identificar May Turner fue la angioresonancia 3D en (90%).
- 7.6 Las manifestaciones clínicas más frecuentes son el dolor en (90%), el edema en (79%), las venas varicosas en (22%) y la úlcera trófica en (14%).
- 7.7 La calidad de vida de los pacientes que fueron tratados fue buena calidad de vida en (74%)

8. RECOMENDACIONES

8.1 Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

- 8.1.1 Mejorar la atención de los pacientes con enfermedades venosas por medio de programas de información.
- 8.1.2 Implementar programas de prevención temprana, para disminuir la prevalencia de pacientes con Síndrome de May Thurner.
- 8.1.3 Dar iniciativa a centros de diagnóstico a los que se tenga acceso con un mejor precio.
- 8.1.4 Hacer campañas que incluyan talleres y charlas de mejora en estilos de vida saludable a nivel nacional y educación sobre su enfermedad, para el correcto manejo de la misma con el objetivo de evitar complicaciones.

8.2 Al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

- 8.2.1 Promover la educación sobre los aspectos físicos, psicológicos y sociales, que mejoran el estilo y calidad de vida de los pacientes.
- 8.2.2 Implementar programas de informacional al afiliado para que conozca sobre las enfermedades venosas los signos que pudiera presentar así consultar a tiempo para el diagnóstico temprano.
- 8.2.3 Promover información detallada a otras especialidades locales así como a los IGSS que se encuentran en el interior del país de las manifestaciones clínicas, las complicaciones y el protocolo de manejo de estos pacientes así poder evaluar la referencia a la unidad de cirugía vascular esto permitirá brindarle la atención adecuada al paciente en el tiempo mas correcto .

8.3 A la Universidad de san Carlos de Guatemala

- 8.3.1 promover el interés por este tema para poder seguir realizando este tipo de investigaciones las cuales pueden tener un gran aporte al gremio médico.

9. APORTES

Al hospital en estudio se le proporcionara una copia de este trabajo de investigación en especial a la Unidad de Cirugía Vascular para que pueda presentar los resultados obtenidos en el presente estudio.

Se entrego una copia a la consulta externa del IGSS, para dar a conocer la caracterización clínica de estos pacientes así como la calidad de vida que presentan después de haber tenido el tratamiento esto permitirá que se priorice la atención al padecimiento de estos pacientes.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Medciclopedia, enciclopedia de términos médicos, Síndromes trombóticos, en línea, Accesado el 20 de marzo de 2011. Disponible en: <http://www.iqb.es/cardio/trombosis/patologia/sd016.htm>.
2. Macaluso J. Paciente femenina de 26 años con aumento de diámetro proximal en miembro inferior izquierdo de 6 años de evolución. Síndrome de May-Thurner, el rincón de la medicina interna, en línea, Accesado el 23 de marzo de 2011, disponible en: <http://elrincondelamedicinainterna.blogspot.com/2009/07/paciente-de-26-anos-con-aumento-de.html>
3. Theodore H, Teruya and Jeffrey, Ballard C. New Approaches for the treatment of varicose veins, surgical clinics of north America (en línea) 10-2004 84:5, disponible en www.theclinics.com.
4. Fazel R, Froehlich j, Williams D, Saint S, Nallamotheu B, A Sinister Development (revista en línea) 2007 pag 57-59, accesado 10 oct 2010, disponible en www.nejm.org
5. Robertson L, Evans C, Fowkes F, Epidemiology of Chronic Venous Disease, Wolfson Unit for prevention of peripheral vascular disease, Public Health Sciences, University of Edimburg (Revista en línea) 2004:103-111, accesado el 5 de marzo de 2011.
6. Blombgren L, Johansson G, Bergqvist D, quality of life after surgery for varicose veins and the impact of preoperative duplex results based on a randomized trial, department of surgery, capio sant Gorans Hospital, Stocolm, Sweden, 2006, vol 20:1. Accesado el 11 de marzo de 2011.
7. Medicina Vascular (sede web), síndrome de cockett o May-Thurner (en línea) actualizado el 12 de julio de 2011, accesado el 16 de julio de 2011, disponible en www.medicinavascularweb.com.ar/cockett.html
8. Neglen P, Chronic deep Venous Obstruction: definition, Prevalence, Diagnosis. Management, 2008:149-157 accesado el 16 de marzo del 2011.
9. Paramo J, Ruiz E, Garcia R, Rodriguez P, Lecumberri R, Diagnostico y Tratamiento de la trombosis Venosa Profunda, Rev Med Univ Navarra, Vol 51: 1; 2007, 13-17 (Revista en Línea) accesado 12 julio 2011, disponible en WWW.unav.es
10. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS, Sobre Nosotros (Sede Web) Guatemala 2009, accesado el 20 jun 2011, disponible en www.igssgt.org.

11. Melina R, Ujiki M. Iliac vein compression in an asymptomatic patient population. Journal of vascular surgery online [revista en línea] 8 marzo del 2004. 39 (5):7
Accesado el 12 de febrero 2011 disponible en www.mosby.com/jvs
12. Nicos Labropoulus, Luis león Sung Kwong. Jose A. Gonzales, Study of the venous reflux progression. Journal of vascular surgery online [revista en línea] 15 de febrero del 2005. Volumen 41, numero 2 5 páginas disponible en www.mosby.com/jvs
13. John J. Bergman, Geert W, Philip D. Chronic Venous Disease. The New England journal of medicine [revista en línea] 3 de agosto del 2006. 11 paginas disponible en www.nejm.org
14. Pascarella L, Geert W, Bergman J. An animal model of venous hypertension: The role of inflamation in venous valve failure. Journal of vascular surgery online [revista en línea] 29 de febrero del 2004 . Volumen 41, numero 2 7 paginas www.mosby.com/jvs
15. Peter neglen, Seshadri Raju. Ballon Dilatopn and Stenting of Chronic Iliac Vein Obstruccion. International congress XII on endovascular interventions, Scottsdale, Arizona Usa, February 7 de noviembre 1999.
16. Fred A. Weaver, Douglas B. Hood Endovascular management of vascular disease: current technology and applications. surgical clinics of north America [revista en línea] octubre del 2004. Volume 84 numero 5 50 paginas disponible en www.theclinics.com
17. Vincent L. Rowe. Advanced in vascular Imaging. clinics of north America [revista en línea] octubre del 2004. Volume 84 numero 5 15 paginas disponible en www.theclinics.com
18. Zachary C, Kim J. Thrombolysis and mechanical trombectomy for arterial disease clinics of north America [revista en línea] octubre del 2004. Volume 84 numero 5 paginas 10 disponible en www.theclinics.com
19. JA. Páramo, E. Ruiz de Gaona, R. García, P. Rodríguez, R. Lecumberri. Diagnóstico y tratamiento de la trombosis venosa profunda [en línea] Rev Med Navarra 2007 51(1): 11-17. Disponible en www.unav.es/revistamedicina/pdfDIAGNOSTICOYTRATAMINETO.pdf/tratamientotrombosisvenosaprofunda
20. Servicio de información municipal de Inforpress. República de Guatemala [en línea]. Guatemala [accesado el 03 de abril de 2011] Disponible en: http://www.inforpressca.com/municipal/mapas_web/guatemala.php
21. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Información demográfica 2010 [en línea]. Guatemala [accesado el 03 de abril de 2011] Disponible en:

- <http://www.ine.gob.gt/index.php/demografia-y-poblacion/42-demografiaypoblacion/207-infodemo2010>
22. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta nacional de costo de vida (ENCOVI) 2006 [en línea]. Guatemala [accesado el 03 de abril de 2011] Disponible en: http://www.ine.gob.gt/descargas/ENCOVI2006/Resultados_Nacionales.pdf
23. Servicio de información municipal de Inforpress. República de Guatemala: Departamento de Guatemala [en línea]. Guatemala [accesado el 03 de abril de 2011] Disponible en: http://www.inforpressca.com/municipal/mapas_web/guatemala/guatemala.php
24. Calidad de Vida: Una Perspectiva Individual [en línea]. [accesado el 03 de abril de 2011] Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos15/calidad-de-vida/calidad-de-vida.shtml>
25. Molinero I. cuestionarios de salud [en línea]. Feb 1998 [accesado el 03 de abril de 2011] Disponible en: <http://www.seh-lelha.org/cucadevi.htm>
26. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM. et al. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit [en línea]. 2005 abr [accesado 13 Jul 2011]; 19(2): 135-50 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es

11. ANEXOS

ANEXO 1

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FECHA: _____

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y CALIDAD DE VIDA POST TRATAMIENTO EN PACIENTES
CON TROMBOSIS ASOCIADO A SÍNDROME DE MAY THURNER

SEXO: _____

EDAD _____

MANIFESTACIÓN CLÍNICA MÁS FRECUENTE

NOTA: EN ESTA PREGUNTA PUEDE SER MAS DE UNA OPCION

1. DOLOR____2. EDEMA____3. VENAS VARICOSAS____4. ÚLCERA TRÓFICA_____

MÉTODO DIAGNÓSTICO MÁS FRECUENTE

R/ _____

TRATAMIENTO MÁS FRECUENTE

R/ _____

PACIENTE PRESENTA SX POST TROMBÓTICO

SI _____ NO _____

Tabla 1

Distribución por edad de pacientes con síndrome de May Turner atendidos en el Instituto guatemalteco de seguridad Social en enero 2005 a enero 2011

EDAD	FRECUENCIA	%
18-24	2	1
25-34	33	16
35-44	61	30
45-54	59	29
55-64	22	11
>65	26	13
total	203	100

Fuente: boleta de recolección de datos

Tabla 2

Distribución por sexo de pacientes con síndrome de May Turner atendidos en el Instituto guatemalteco de seguridad Social en enero 2005 a enero 2011

SEXO				
MASCULINO		FEMENINO		TOTAL
f	%	f	%	
64	32	139	68	203
32	32	68	68	100

Fuente: boleta de recolección de datos

Tabla 3

Métodos diagnósticos de pacientes con síndrome de May Turner atendidos en el Instituto guatemalteco de seguridad Social en enero 2005 a enero 2011

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS		
MÉTODO DIAGNÓSTICO	f	%
ANGIORESONANCIA 3D	199	93
VENOGRAFÍA	14	7
TOTAL	213	100

Fuente: boleta de recolección de datos

Tabla 4

Manejo vascular de pacientes con síndrome de May Thurner atendidos en el Instituto guatemalteco de seguridad Social en enero 2005 a enero 2011

TRATAMIENTO	f	%
ANGIOPLASTÍA MAS COLOCACIÓN DE STENT	203	75
EMBOLIZACIÓN VENOSA	67	25
TOTAL	270	100

Fuente: boleta de recolección de datos

Tabla 5

Calidad de vida en pacientes con síndrome de May Thurner que fueron evaluados en la unidad de cirugía vascular del Instituto guatemalteco de seguridad Social en enero de 2005 a enero de 2011

CALIDAD DE VIDA	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
MALA	3	2	5
BUENA	10	15	25

Fuente: cuestionario SF-36

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TEST SF-36

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1 ☐ Excelente
- 2 ☐ Muy buena
- 3 ☐ Buena
- 4 ☐ Regular
- 5 ☐ Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 ☐ Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 ☐ Algo mejor ahora que hace un año
- 3 ☐ Más o menos igual que hace un año
- 4 ☐ Algo peor ahora que hace un año
- 5 ☐ Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 ☐ Sí, me limita mucho
- 2 ☐ Sí, me limita un poco
- 3 ☐ No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1 ☐ Sí, me limita mucho
- 2 ☐ Sí, me limita un poco

3 ☐ No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

1 ☐ Sí, me limita mucho

2 ☐ Sí, me limita un poco

3 ☐ No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

1 ☐ Sí, me limita mucho

2 ☐ Sí, me limita un poco

3 ☐ No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

1 ☐ Sí, me limita mucho

2 ☐ Sí, me limita un poco

3 ☐ No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

1 ☐ Sí, me limita mucho

2 ☐ Sí, me limita un poco

3 ☐ No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

1 ☐ Sí, me limita mucho

2 ☐ Sí, me limita un poco

3 ☐ No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

- 1 ☐ Sí, me limita mucho
- 2 ☐ Sí, me limita un poco
- 3 ☐ No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

- 1 ☐ Sí, me limita mucho
- 2 ☐ Sí, me limita un poco
- 3 ☐ No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

- 1 ☐ Sí, me limita mucho
- 2 ☐ Sí, me limita un poco
- 3 ☐ No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 ☐ Sí
- 2 ☐ No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- 1 ☐ Sí
- 2 ☐ No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 ☐ Sí
- 2 ☐ No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 ☐ Sí

2 ☐ No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 ☐ Sí

2 ☐ No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 ☐ Sí

2 ☐ No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 ☐ Sí

2 ☐ No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 ☐ Nada

2 ☐ Un poco

3 ☐ Regular

4 ☐ Bastante

5 ☐ Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1 ☐ No, ninguno

- 2 ☐ Sí, muy poco
- 3 ☐ Sí, un poco
- 4 ☐ Sí, moderado
- 5 ☐ Sí, mucho
- 6 ☐ Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1 ☐ Nada
- 2 ☐ Un poco
- 3 ☐ Regular
- 4 ☐ Bastante
- 5 ☐ Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre

- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces

- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 5 ☐ Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Algunas veces
- 4 ☐ Sólo alguna vez
- 5 ☐ Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES:

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 ☐ Totalmente cierta
- 2 ☐ Bastante cierta
- 3 ☐ No lo sé
- 4 ☐ Bastante falsa
- 5 ☐ Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 ☐ Totalmente cierta
- 2 ☐ Bastante cierta
- 3 ☐ No lo sé
- 4 ☐ Bastante falsa
- 5 ☐ Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 ☐ Totalmente cierta
- 2 ☐ Bastante cierta

3 ☐ No lo sé

4 ☐ Bastante falsa

5 ☐ Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

1 ☐ Totalmente cierta

2 ☐ Bastante cierta

3 ☐ No lo sé

4 ☐ Bastante falsa