

Encuesta epidemiológica realizada en España sobre la prevalencia asistencial de la insuficiencia venosa crónica en atención primaria. Estudio DETECT-IVC

R. Gesto-Castromil ^a, Grupo DETECT-IVC ^b, J.J. García ^c

ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA REALIZADA EN ESPAÑA SOBRE LA PREVALENCIA ASISTENCIAL DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA. ESTUDIO DETECT-IVC

Summary. Objective. In order to know the prevalence and current situation of Chronic Venous Insufficiency (CVI) in the Primary Health Care sector in Spain, an epidemiological survey was designed under the co-ordination of the Management Council of the Spanish Society of Angiology and Vascular Surgery (SEACV in its Spanish acronym). Patients and methods. The survey has involved 1,068 Primary Care physicians (coordinated by 20 specialists in Angiology and Vascular Surgery), who enrolled 21,566 patients attending clinics spontaneously. Results. Of the participants, 80.3% showed some risk factor for CVI. The most common was a sedentary lifestyle among males (33.7%) and pregnancy among women (67%). 14,797 patients (68.6%, confidence interval 95%, range 68%-69.2%) referred clinical manifestations compatible with CVI; 80.2% in women and 49.2% in men ($p < 0.001$). 2.1% of the patients had suffered at least one period of sick leave from work and 1.9% had required hospitalization. In the course of the physical examination, 58.5% of the sample and 81.2% of those with prior clinical manifestations compatible with CVI presented clinical signs, more often among women (86.5%) than among men (66.6%), $p < 0.001$. Diagnosis was made according to the clinical part of the CEAP classification, with 57.3% of the total sample (CI 95%, 56.6-58%) and 79.3% (CI 95%, 78.7%-80%) of those with prior clinical manifestations giving a diagnostic result above class 0. Conclusion. The results show a greater prevalence than expected in the Primary Health Care system. It is necessary to carry out informative campaigns on the prevention of risk factors in the general population as well as specific ongoing training at Health Centres. [ANGIOLOGÍA 2001; 53: 249-60]

Key words. Chronic venous insufficiency. Epidemiology. Prevalence. Primary Health Care.

^a Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital 12 de Octubre. Coordinador Nacional Estudio DETECT-IVC. ^b Coordinadores Regionales Estudio DETECT-IVC. ^c Centro de Investigación y Bioestadística (CIBEST). Madrid, España.

Correspondencia:

Dr. Ricardo Gesto Castromil. Servicio Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario 12 de Octubre. Ctra. Andalucía km 5,400. E-28041 Madrid. e-mail: rgesto@hdoc.insalud.es

Agradecimientos:

A Laboratorios Servier S.A. por la iniciativa y el apoyo prestado para la realización del presente estudio.

A los especialistas en Angiología y Cirugía Vascular que han participado como coordinadores.

© 2001, ANGIOLOGÍA

Introducción

Cuando nos referimos a la epidemiología de la insuficiencia venosa crónica (IVC) solemos recurrir a cifras y datos clásicos, históricos, basados en la experiencia de otros países [1-5] o en estudios epidemio-

lógicos no actuales en España [6-8], sin estar muy seguros de su realidad al día de hoy en nuestro medio. Así, se acepta generalmente que entre el 10-15% de la población adulta en el mundo occidental presenta varices, y que aproximadamente el 45% de estos pacientes sufren bajas labo-

rales, en muchos casos significativas por el coste sociosanitario que suponen. También sabemos que entre el 1 y el 2% de la población presentan úlceras venosas, la manifestación más grave de IVC y la más difícil de tratar [1,2,9-11]. De todos estos datos se puede estimar que en España hay entre 2,5 y 3 millones de pacientes con varices y entre 250.000 y 300.000 úlceras venosas.

Los especialistas en Angiología y Cirugía Vasculard conocemos cuál es la prevalencia y la situación de la IVC en nuestras consultas, lo que nos permite planificar nuestra actividad para asegurar el mejor diagnóstico y tratamiento a estos pacientes. Pero la mayoría de los pacientes con IVC no llegan al angiólogo y cirujano vascular. Estos pacientes acuden en primera instancia al médico de Atención Primaria, que hace el primer diagnóstico y si es necesario prescribe un tratamiento. En función del estadio evolutivo en que se encuentra el paciente y de la organización sanitaria en su área de salud, el paciente puede ser derivado al cirujano general o al cirujano vascular. Así pues, los especialistas en Angiología y Cirugía Vasculard, basándonos en los datos de que disponemos, desconocemos cuál es la situación epidemiológica real de la IVC en España.

Teniendo en cuenta esta situación, la Junta Directiva de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vasculard (SEACV) decidió coordinar la realización de una encuesta epidemiológica, similar a una experiencia previa realizada en Bélgica [12], con el fin de tener un conocimiento más preciso de la realidad de la IVC en España.

Pacientes y métodos

Es un estudio epidemiológico transversal en el que se incluyeron 21.566 pacientes a los que se les realizó anamnesis espontánea y dirigida para IVC por 1.068 médicos de Atención Primaria repartidos entre 16 Comunidades Autónomas, sin aplicar ningún método de selección específico. La encuesta se llevó a cabo en la semana laboral comprendida entre los días 20 y 24 de marzo de 2000. Cada investigador incluyó 20 pacientes consecutivos sin aplicar ningún criterio de selección y durante un máximo de 2 días seguidos de consulta.

Si algún día de esa semana se dedicó a visitas programadas de un determinado tipo de pacientes, ese día no se realizó la encuesta.

En la figura 1 se muestra el esquema del cuestionario seguido para cada paciente.

Se consideraron factores de riesgo de IVC: antecedentes familiares, antecedentes de trombosis venosa, sobrepeso, embarazos, tratamiento hormonal, profesión de riesgo (considerando como tal la que implica largos períodos en bipedestación o en posición sentada, así como exposición al calor) y vida sedentaria.

Como manifestaciones clínicas compatibles con IVC se tuvieron en cuenta la pesadez de piernas, prurito, parestesias, sensación de quemazón, piernas inquietas, calambres nocturnos, dolor, enrojecimiento de piel, cambios tróficos, úlcera venosa, varículas, varices, hinchazón al final del día y edema constante.

Cada paciente debía valorar sus síntomas en una escala de 0 a 3 (0= ausente, 1= leve-moderado, 2= importante, 3= grave), así como la repercusión de estos sobre

Coordinadores regionales del estudio DETECT-IVC

J.R. Escudero Rodríguez (Barcelona-Lérida), J.L. Fernández Casado (Madrid-Toledo), J.A. García Alonso (Vizcaya-Guipúzcoa), F. Gómez Palonés (Valencia-Castellón), J.A. Gutiérrez del Manzano (Sevilla-Huelva), F. Latorre Más (Barcelona-Gerona), M. López Collado (Alicante), A. Masegosa Medina (Cuenca-Albacete), R. Merino Sanz (Málaga-Córdoba), O. Morán de la Torre



Figura 1. Esquema del cuestionario realizado para cada paciente.

(Cádiz-Badajoz-Cáceres), R. Peñafiel Marfil (Granada-Jaén-Almería), J.L. Pérez Burkhardt (Canarias), V. Pobo Ruiz (Zaragoza-Navarra-La Rioja), R. Rial Horcajo (Madrid), J. Rodríguez de la Calle (Madrid), J. Sancho Serrats (Barcelona-Tarragona), J.M. Simeón Nogués (Barcelona-Mallorca), B. Torrón Casal (Pontevedra), A. Utrilla López (Madrid-Guadalajara), A. Valle González (Asturias).

su actividad diaria y si había tenido alguna baja laboral y/o hospitalización en el último año como consecuencia de la IVC.

Independientemente de que hubiera manifestado sintomatología compatible con IVC o no, a todos los pacientes se les realizó un examen clínico para detectar la presencia de varículas, varices de miembros inferiores, edema, cambios tróficos y úlcera venosa.

El diagnóstico se estableció mediante la parte clínica de la Clasificación CEAP [13,14] que establece las siguientes categorías: clase 0 (sin signos visibles o palpables de patología venosa), clase 1 (telangiectasias, venas reticulares, corona maleolar); clase 2 (varices); clase 3 (edema sin cambios tróficos); clase 4 (cambios tróficos: pigmentación, eczema, lipodermatoesclerosis); clase 5 (cambios tróficos con úlcera cicatrizada), y clase 6 (cambios tróficos con úlcera activa).

Finalmente se recogió en la encuesta la información relativa al tratamiento previo y actual para la IVC.

Análisis estadístico

La información se procesó siguiendo procedimientos normalizados de trabajo que incluyen la doble entrada de la información y la detección de inconsistencias.

La descripción de las variables cualitativas se realizó mediante tablas de frecuencias y en las cuantitativas mediante los parámetros de centralización y dispersión. Asimismo, se calcularon los intervalos de confianza (IC) para un 95% de seguridad.

La relación entre las variables cualitativas se evaluó mediante el test de la ji al cuadrado. Para verificar la influencia de los factores, de forma independiente mediante el cálculo de las odds ratios ajustadas, en el diagnóstico de la IVC (clase > 0), se utilizó un modelo de regresión logística en el que se incluyeron todos los factores de riesgo evaluados.

Tanto el proceso de los datos como el análisis estadístico se realizó por CIBEST como unidad estadística independiente, mediante el programa SAS (versión 6.12) [15].

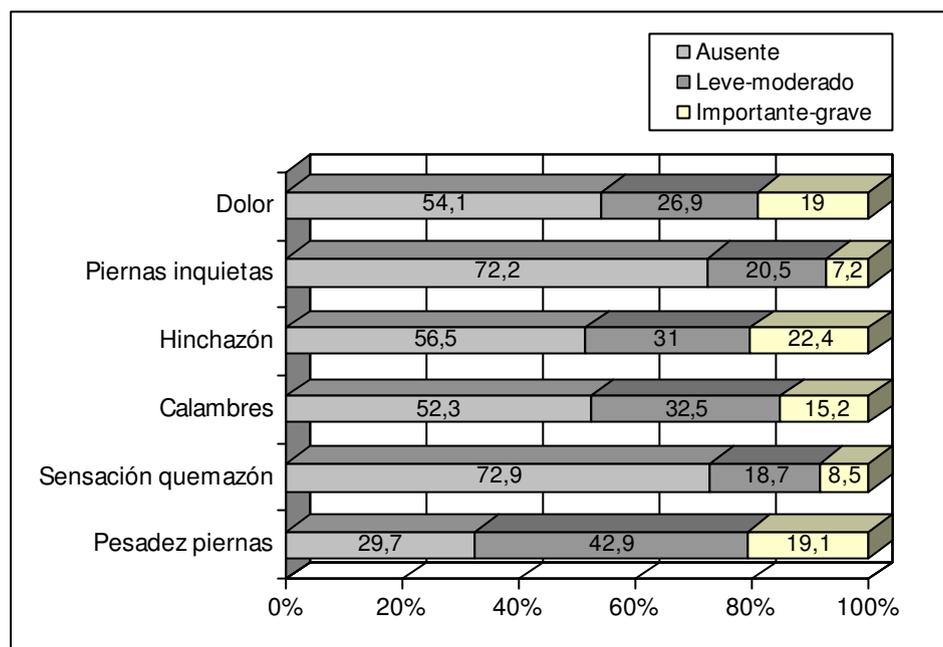


Figura 2. Valoración de los síntomas por los pacientes que habían manifestado previamente algún síntoma compatible con IVC (n= 14.797).

Resultados

La edad media de los 21.566 participantes en el estudio fue $51,4 \pm 18,8$ años (media \pm desviación estándar), siendo el 62,6% mujeres. Un 11,4% fueron menores de 25 años, un 26,7% entre 25-45 años, un 33,7% entre 45-65 y un 28,3% mayores de 65 años. La distribución de los grupos de edad por sexo fue homogénea.

Mostraron algún factor de riesgo un 80,7% de los participantes. La prevalencia de los factores de riesgo por sexo se recogen en la tabla I. Destaca que en las mujeres un 49,4% presentó más de dos factores de riesgo frente a sólo un 12,7% de los varones ($p < 0,001$).

Un 68,6% (IC 95%, 68-69,2%) de los participantes refirieron alguna manifestación clínica compatible con IVC, también con mayor frecuencia en mujeres

Tabla I. Factores de riesgo por sexo (n= 21.566).

	Varones (%)	Mujeres (%)
Antecedentes familiares	28,5	44,5
Antecedentes de trombosis venosa	3,0	6,3
Embarazos	–	67,0
Tratamiento hormonal	–	15,0
Sobrepeso	29,2	42,0
Vida sedentaria	33,8	50,4
Profesión de riesgo	18,7	20,4

(80,2%) que en varones (49,2%). En todos los casos estas manifestaciones clínicas se repartieron al 50% entre la manifestación espontánea y la dirigida, siendo

Tabla II. Manifestaciones clínicas compatibles con IVC comunicadas por sexo (n= 21.566).

	Varones (%)	Mujeres (%)	Total (%)
Pesadez de piernas	29,1	59,8	48,3
Calambres nocturnos	22,5	40,0	33,5
Varículas	21,6	58,2	44,6
Prurito	12,3	24,3	19,9
Dolor	18,1	39,7	31,7
Varices	15,5	37,6	29,4
Parestesias	18,2	36,0	29,4
Enrojecimiento de piel	7,6	18,6	14,5
Hinchazón al final del día	16,6	38,6	30,4
Sensación de quemazón	8,7	21,4	16,7
Cambios tróficos	8,0	14,4	12,1
Edema constante	3,3	8,3	6,5
Piernas inquietas	10,7	23,0	18,5
Úlcera venosa	1,8	2,9	2,5

las más habituales la pesadez de piernas y las varículas (Tabla II).

Asimismo, el 60,4% de las mujeres presentaron tres o más manifestaciones clínicas, frente a un 29% en los varones. Lógicamente, al aumentar la edad se incrementa el número de manifestaciones clínicas presentes, pasando de una mediana de 0 en los menores de 25 años a 4 en los mayores de 65 años.

A aquellos pacientes que habían manifestado algún síntoma compatible con IVC (n= 14.797), se les pidió que valoraran su sintomatología entre 0 y 3 (0= ausente, 1= leve-moderado, 2= importante, 3= grave). Un 39,3% indicaron alguna de

las manifestaciones como importante y/o grave, siendo este hecho también más frecuente en mujeres (43%) que en varones (29,3%). En la figura 2 se muestra la valoración de los diferentes síntomas por parte de los pacientes.

Referente a la repercusión sobre la actividad diaria, en este grupo de pacientes, un 48,3% contestaron que estas manifestaciones habían supuesto algún tipo de deterioro. Incluso un 2,1% habían sufrido baja laboral, con una mediana de duración de 30 días, y un 1,9% habían necesitado hospitalizarse (mediana de duración 9 días) como consecuencia de su IVC.

El 58,5% del total de la muestra (n= 21.566) y el 81,2% de los que habían manifestado algún síntoma (n= 14.797) presentaron algún signo en el examen clínico. Éstos fueron significativamente ($p < 0,001$) más frecuentes en las mujeres (86,5%) que en los varones (66,6%) (Fig. 3). Los signos más prevalentes entre los que manifestaron algún síntoma fueron las varículas (70,9%), seguido de las varices (44%), edema (20,5%) cambios tróficos (18,5%) y la úlcera venosa (2,6%). Respecto al número de signos detectados en el examen clínico, en un 49% de las mujeres sintomáticas se detectó más de un signo, frente a un 34% en el caso de los varones. Éstos también se relacionaron significativamente ($p < 0,001$) con la edad, observándose un incremento del número de signos con el grupo de edad.

Para el diagnóstico se utilizó la parte clínica de la clasificación CEAP, encontrándose que un 57,3% (n= 12.178) del total de la muestra (IC 95%, 56,6-58%) y un 79,3% (IC 95%, 78,7-80%) de los que habían referido algún signo o síntoma

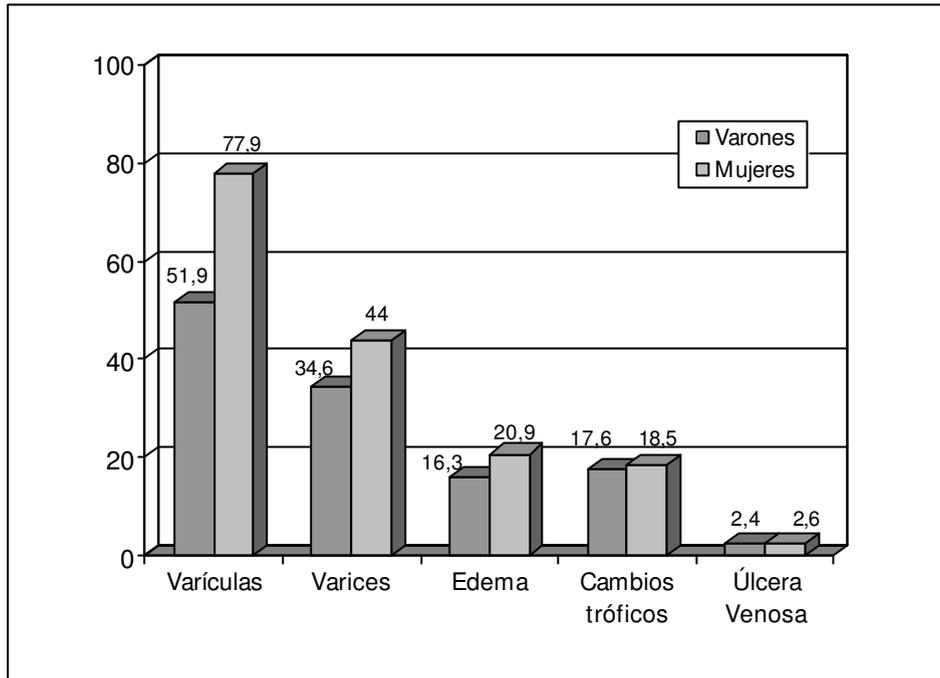


Figura 3. Signos detectados en la exploración clínica en pacientes que habían manifestado previamente algún síntoma compatible con IVC (n= 14.797).

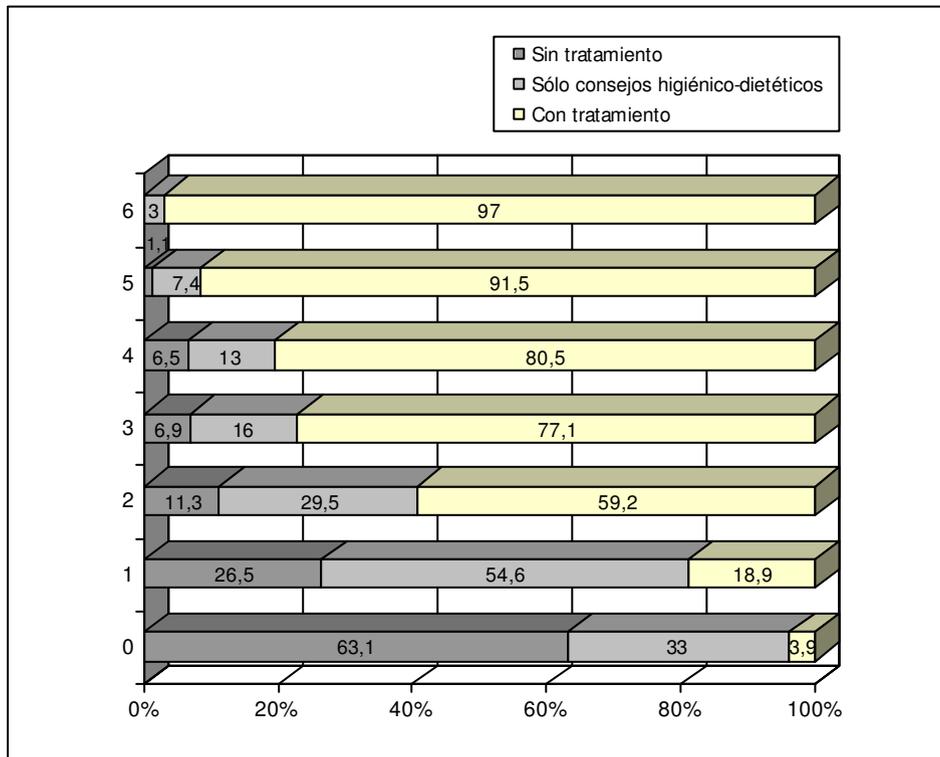


Figura 4. Distribución del tratamiento según clasificación CEAP, en pacientes que habían manifestado síntomas compatibles con IVC (n= 14.797).

Tabla III. Distribución del diagnóstico según clasificación CEAP por sexo y grupos de edad (n= 21.566).

Clase CEAP	Sexo		Grupo de edad			
	Varones (%)	Mujeres (%)	<25 años (%)	25-45 años (%)	45-65 años (%)	>65 años (%)
0	64,6	29,7	84,8	53,6	31,7	28,8
1	15,5	29,7	12,2	28,4	26,8	22,5
2	10,7	22,6	2,3	13,6	24,4	21,5
3	2,6	6,2	0,5	2,5	6,3	7,0
4	5,1	9,3	0,1	1,4	8,7	15,8
5	0,9	1,5	0	0,3	1,4	2,6
6	0,6	0,9	0	0,1	0,7	1,8

compatible con IVC fueron diagnosticados en clases superiores a 0.

El diagnóstico estaba significativamente relacionado con el sexo ($p < 0,001$) y pudo observarse (Tabla III) el mayor número de mujeres con diagnóstico CEAP mayor de 0 (70,3%, IC 95%, 69,5-71,1%), respecto a los varones (35,4%, IC 95% 34,3-36,5%), así como el predominio en las mujeres de las clases 1 y 2 frente a la clase 0 en los varones. La edad también se relacionó de forma significativa ($p < 0,001$) con el diagnóstico, obteniéndose clases más altas en los grupos con edad más avanzada.

La relación entre el diagnóstico y los factores de riesgo se exploró mediante un análisis de regresión logística (Tabla IV), encontrándose que el factor de más peso fue la edad (grupo > 65 años) con una odds ratio de 14,1, seguido de los antecedentes de trombosis venosa (odds ratio= 6,4) y el sexo (odds ratio= 3,2).

Un 5,5% de los pacientes diagnosticados

con clases superiores a 0 no tenían ningún factor de riesgo previo.

Con los datos obtenidos del examen clínico se confeccionó una clasificación diagnóstica teórica de acuerdo con la clasificación CEAP [13,14], la cual se confrontó con la realizada por los investigadores. La concordancia entre ambos criterios fue buena en los grados inferiores y superiores, con coincidencias superiores al 91%, mientras que en los grados medios ésta disminuyó ligeramente, situándose entre un 73 y un 82%.

Respecto al tratamiento, un 24,8% de los pacientes que habían presentado algún síntoma compatible con IVC habían sido tratados previamente. Tras la realización de la encuesta, se instauró tratamiento a un 49,7% de los pacientes y se mantuvieron sin tratamiento el 25,5%. Por lo tanto, un 73,7% de los pacientes finalizaron el estudio con una indicación de tratamiento.

De aquellos pacientes que habían sido diagnosticados en el examen clínico con

clases superiores a 0 de la clasificación CEAP (n= 12.178), el tratamiento más habitual fueron los consejos higiénico-dietéticos y posturales con un 79% (IC 95% 78,3-79,7%), seguido de los flebotómicos con un 35,9% (IC 95% 35,1-36,8%), la terapia compresiva con un 22,8% (IC 95% 22,1-23,6%), la cirugía con un 3,4% (IC 95% 3,1-3,7%) y la escleroterapia con un 1,9% (IC 95% 1,7-2,1%).

Lógicamente, este porcentaje se modifica en función de la clase del diagnóstico CEAP (Fig. 4), observándose, en los pacientes que habían manifestado síntomas compatibles con IVC, un incremento del porcentaje de tratamiento farmacológico y quirúrgico en clases más altas. Aunque destaca el hecho de que a un 11% de pacientes con clase 2 y a un 7% de clases 3 y 4, respectivamente, no se les haya prescrito ningún tratamiento.

Discusión

La IVC es una enfermedad crónica con una alta incidencia en los Servicios de Angiología y Cirugía Vascular y que por lo tanto consume un alto porcentaje de los recursos de estos servicios y obliga a contar de forma específica con esta patología para la programación asistencial. Ocupa asimismo un lugar preferente en la forma de gestionar las Unidades. De su alta incidencia derivan altas listas de espera para el diagnóstico y tratamiento que obliga a la Administración a pactar actuaciones quirúrgicas concretas y específicas.

Pero la situación de una enfermedad crónica no es constante y hay varios factores como la longevidad, aumento en la

Tabla IV. Relación de los factores de riesgo con el diagnóstico de IVC (clase > 0) por clasificación CEAP (n= 21.566).

	Odds Ratio	95% IC
Edad		
< 25 años	Referencia ^a	—
25-40 años	3,5	(3,0-4,0)
40-65 años	9,1	(7,9-10,6)
> 65 años	14,1	(12,1-16,5)
Sexo (mujeres)	3,2	(2,9-3,5)
Antecedentes familiares (sí)	2,5	(2,4-2,7)
Antecedentes trombosis (sí)	6,4	(4,9-8,4)
Embarazos (sí)	1,7	(1,5-1,9)
Tratamiento hormonal (sí)	1,6	(1,4-1,8)
Sobrepeso (sí)	1,8	(1,7-2,0)
Profesión de riesgo (sí)	2,5	(2,3-2,8)
Vida sedentaria (sí)	1,6	(1,5-1,7)

^a Todos los factores fueron significativos p < 0,001.

calidad de vida, mayor educación sanitaria de la población, cambios de hábitos y costumbres, mayores recursos sanitarios, etc., que hacen variar la prevalencia de los procesos crónicos.

Por lo tanto, se hace necesario actualizar periódicamente el conocimiento epidemiológico ya que de él se derivan cambios en las actuaciones asistenciales y de recursos.

El paciente con IVC acude al médico de Atención Primaria, y al especialista en Angiología y Cirugía Vascular le es derivado para su atención sólo una parte de ellos, por lo que se hacía necesario un estudio de detección a nivel primario para conocer la incidencia de esta patología.

Se obtuvieron un total de 21.566 pacientes que supone una muestra muy elevada para un estudio asistencial. No se aplicó ningún tipo de sesgo y la encuesta se realizó entre la semana del 20 al 24 de marzo de 2000 para excluir los meses más extremos en temperatura que pudieran tener una excesiva influencia de la climatología en la exacerbación o atenuación de los síntomas de la IVC.

Los resultados nos dan datos actuales –al año 2000– sobre la prevalencia asistencial en Atención Primaria, que nos permitirán planificar la asistencia y la gestión de una forma más real.

Así, sabemos que el 68,6% de los pacientes que acuden al médico de Atención Primaria, por cualquier causa, refieren o tienen algún síntoma o signo de IVC, cifra más elevada de lo esperado por anteriores estudios [1-5,8,10].

La distribución por sexos es la esperada, con mayor incidencia en las mujeres.

El estudio de la incidencia de los factores de riesgo es importante porque, como en todo proceso crónico, la prevención es uno de los factores más determinantes en la disminución de la incidencia de la patología [16]. Conociéndolos, se podrán prevenir y por lo tanto disminuir la frecuencia y prevalencia. En el estudio se vio que la vida sedentaria y el sobrepeso son los factores más prevalentes, lo que nos lleva a la necesidad de influir sobre ellos, siendo además hábitos que pueden ser modificados con un adecuado programa informativo poblacional.

En cuanto a las manifestaciones clínicas, y de acuerdo al estadio asistencial en que fueron estudiados (Atención Primaria), los síntomas derivados del síndrome

ortostático, es decir, la situación menos grave, son los más frecuentes. Existe una clara relación, además, con la edad, ya que a mayor edad se suman más factores de riesgo, aumentan los síntomas y la frecuencia de las situaciones más graves.

Se trata de una patología que tiene una incidencia significativa en cuanto a la calidad de vida del paciente [16]. En el estudio, casi el 40% de los pacientes valoran como importante y/o grave algún síntoma de IVC. Por lo tanto vemos que, aunque sea en los estadios menos graves de la enfermedad, el paciente valora de una forma importante sus síntomas.

Las varices y las úlceras son la causa más frecuente de bajas laborales y hospitalización. 311 pacientes (2,1%) sufrieron bajas laborales, llegando 2 pacientes a estar 500 días de baja, y 291 pacientes (1,9%) estuvieron hospitalizados. Un paciente estuvo 1 año en el hospital. Extrapolando estos casos extremos, y que precisarían un comentario particular, es clara la importancia social y económica que se deriva de estas cifras. Será muy necesaria tenerlas en cuenta a la hora de realizar programas de gestión específicos.

La clasificación clínica de los pacientes con IVC nos aportó datos como la existencia de una clara relación de los factores de riesgo y la edad, con mayor gravedad en la clasificación, lo cual es lógico en todo proceso crónico. Observamos asimismo que la relación entre la clasificación real con la aportada con el médico de Atención Primaria es coincidente en un 91% en las clases inferiores y superiores, es decir, en las de más fácil diagnóstico. Sin embargo, la coincidencia disminuye de forma significativa en las clases

intermedias. Es un dato importante para saber que es necesario, como especialistas, incidir en programas de Formación Continuada para mejorar en el diagnóstico de este proceso.

Esta vertiente de información o formación se hace todavía más necesaria cuando analizamos los datos extraídos del tratamiento. Es de destacar que de los pacientes diagnosticados de IVC, a un 25% no se les recomienda ningún tipo de tratamiento, a pesar de haber sido diagnosticados. Y cuando relacionamos la clasificación clínica de los pacientes con el tratamiento recibido, vemos que, aunque existe en general una buena correlación o una relación más o menos lógica, hay extremos preocupantes como que a un 11% de los pacientes en clase 2 (varices) y a un 7% de los que estaban en clase 3 (edema sin cambios tróficos) y en clase 4 (cambios tróficos), no se les haya recomendado ningún tipo de tratamiento, y que a un 3% de los que estaban en clase 6 (úlceras activas), se les recomiendan sólo consejos higiénico-dietéticos y posturales.

En cuanto a los tipos de tratamiento, llama la atención que se prescriben flebotónicos sólo al 35,9% de los pacientes diagnosticados de IVC, cuando existe evidencia de su utilidad en todo paciente sintomático [17-20]. Asimismo, llama la atención que un 2,5% de las prescripciones de flebotónicos son erróneas, correspondiendo a antiagregantes plaquetarios o hemorreológicos no indicados en estas situaciones clínicas. Respecto a la terapia compresiva, tan sólo se prescribe al 22,8% de los pacientes, cuando este tipo de terapia es la base del tratamiento de la IVC y debería haberse aplicado a la práctica to-

talidad de los pacientes. Por último, sólo al 3% se le recomendó cirugía, cuando posiblemente el porcentaje, por los datos clínicos obtenidos del estudio (clasificación CEAP), debería ser mayor.

La actual encuesta epidemiológica sobre prevalencia asistencial de la IVC en Atención Primaria en España nos ha permitido actualizar los datos sobre la incidencia real del proceso.

Los resultados comentados hablan de la importancia que tienen dichos estudios y lo significativos que pueden ser para el desarrollo de nuestra Especialidad; por ello es un camino obligatorio a recorrer por las Sociedades Científicas. La Junta Directiva de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vasculares, en colaboración o no con la Industria, debe continuar con el camino emprendido y proseguir con las consecuencias organizativas que se deriven de los mismos.

Como se ha demostrado, los aspectos básicos de las enfermedades vasculares (epidemiología) son tan importantes como el desarrollo de técnicas de diagnóstico y tratamiento y no pueden ser olvidados.

El actual estudio ha demostrado la necesidad de informar a la Administración Sanitaria de los resultados del mismo con el objeto de su concienciación de la repercusión que tiene a la hora de realizar programas de asistencia sanitaria y gestión de recursos.

Asimismo, se hacen necesarios programas de información a la población sobre prevención de factores de riesgo.

Por último, nos hemos de implicar en la organización, impulso y realización de programas de Formación Continuada en Atención Primaria para concienciar, y por lo tan-

to mejorar, los aspectos diagnósticos básicos de la IVC y su tratamiento y derivación al Especialista en Angiología y Cirugía Vascul ar en función de su estadio evolutivo.

Conclusiones

Todos los datos obtenidos nos dan una alta prevalencia asistencial, mayor res-

pecto a las cifras históricamente manejadas. Ello habla de una situación distinta, de la enfermedad en el año 2000. Se hace por lo tanto necesario la realización de estudios poblacionales de prevalencia de la IVC y se muestra la necesidad de renovar periódicamente estos estudios con el fin de conocer la incidencia real de éste y otros procesos crónicos en un momento determinado.

Bibliografía

1. Brand FN, Dannenberg AL, Abbott RD, Kannel WB. The epidemiology of varicose veins: The Framingham study. *Am J Prev Med* 1988; 4: 96-101.
2. Stvrtinova V, Kolesar J, Wimmer G. Prevalence of varicose veins of the lower limbs in the women working at a department store. *Int Angiol* 1991; 10: 2-5.
3. Fowkes FGR. Epidemiology of venous disease. *Phlebology* 1996; 11: 2-5.
4. Ruckley CV. Socio-economic impact of chronic venous insufficiency and leg ulcers. *Angiology* 1997; 48: 67-69.
5. Bradbury A, Evans C, Allan P, Lee A, Ruckley CV, Fowkes FGR. What are the symptoms of varicose veins? Edinburgh vein cross sectional population survey. *Br Med J* 1999; 318: 353-6.
6. Jiménez Cossío JA. Estudio epidemiológico de varices en una población laboral de 512 individuos. *Med Clin (Barc)* 1977; 69: 415-9.
7. Varela Irijoa F. Estudio epidemiológico vascular. Análisis en 700 varones. Incidencia de las varices. *Angiología* 1986; 38: 247-67.
8. Peñafiel Marfil R, García V, Moreno F, González JF, Ros E. Estudio angiogeriatrico Granada 90 (primera parte). *Angiología* 1991; 5: 191-6.
9. Da Silva A, Wdmer LK, Martin H, Mall T, Glaus L, Schneider M. Varicose veins and chronic venous insufficiency. *Vasa* 1974; 3: 118-25.
10. Franks PJ, Wright DDL, McCollum CN. Epidemiology of venous disease: a review. *Phlebology* 1989; 4: 143-51.
11. Cornu-Thénard A, Boivin P, Baud JM, De Vicenzi I, Carpentier P. Importance of the familial factor in varicose disease. Clinical study of 134 families. *J Dermatol Surg Oncol* 1994; 20: 318-26.
12. Belgian Epidemiological Study on venous Troubles (B.E.S.T). Comunicación Congreso Nacional Update on Phlebology. Bruselas, April 27, 1996.
13. Porter JM, Moneta GL and an International Consensus Committee on Chronic Venous Disease. Reporting standars in venous disease: An update. *J Vasc Surg* 1995; 21: 635-45.
14. Classification and grading of chronic venous disease in the lower limbs. A consensus statement. *Phlebology* 1995; 10: 42-5.
15. SAS Institue Inc., SAS/STATâ User's guide, Version 6. Fourth Edition. Vol. 2. Cary, NC: SAS Institute Inc.; 1989. p. 846.
16. Franks PJ, Wright DDI, Fletcher AE, et al. A questionnaire to assess risk factors, quality of life, and use of health resources in patients with venous disease. *Eur J Surg* 1992; 158: 143-7.
17. The management of chronic venous disorders of the leg: an evidence-based report of an International Task Force. *Phlebology* 1999; 14 (Suppl 1): 1-126.
18. Balas P. Chronic venous insufficiency of the legs. The therapeutic value of venotropic drugs. *Int Angiol* 1999; 18 (Suppl 1): 1-2.
19. Jantet G. Relief study: first consolidated european data. *Angiology* 2000; 51: 31-7.
20. Bergan JJ, Schmid-Schönbein GW. Therapeutic management of chronic venous insufficiency: microcirculation as a target. *Microcirculation* 2000; 7: S13-S22.

ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA REALIZADA EN ESPAÑA SOBRE LA PREVALENCIA ASISTENCIAL DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA. ESTUDIO DETECT-IVC

Resumen. *Objetivos.* Para conocer cuál es la prevalencia y situación actual de la insuficiencia venosa crónica (IVC) en Atención Primaria en España, se diseñó una encuesta epidemiológica coordinada por la Junta Directiva de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (SEACV). *Pacientes y métodos.* En el estudio han participado 1.068 médicos de Atención Primaria, coordinados por 20 especialistas en Angiología y Cirugía Vascular, que incluyeron 21.566 pacientes que acudieron espontáneamente a consulta. *Resultados.* Un 80,3% de los participantes mostraron algún factor de riesgo para IVC. El más habitual fue la vida sedentaria en los varones (33,7%) y el embarazo en las mujeres (67%). 14.797 pacientes (68,6%, intervalo de confianza 95%, rango 68%-69,2%) refirieron alguna manifestación clínica compatible con IVC; 80,2% en mujeres y 49,2% en varones ($p < 0,001$). Un 2,1% de los pacientes refirieron haber sufrido al menos una baja laboral, y un 1,9% habían necesitado hospitalización. En el examen clínico, un 58,5% del total de la muestra, y un 81,2% de los pacientes que habían referido alguna manifestación compatible con IVC, presentaron algún signo, siendo más frecuente en las mujeres (86,5%) que en los varones (66,6%), $p < 0,001$. El diagnóstico se realizó según la parte clínica de la clasificación CEAP, encontrándose que un 57,3% del total de la muestra (IC 95% 56,6%-58%) y un 79,3% (IC 95% 78,7%-80%) de los que referían algún síntoma presentaron un diagnóstico superior a la clase 0. *Conclusiones.* Los resultados muestran una mayor prevalencia asistencial de lo esperado. Se hace necesaria la realización de programas informativos poblacionales de prevención de los factores de riesgo, y de programas específicos de formación continuada en los Centros de Salud. [ANGIOLOGÍA 2001; 53: 249-60]

Palabras clave. Epidemiología. Insuficiencia venosa crónica. Medicina Primaria. Prevalencia.

INQUÉRITO EPIDEMIOLÓGICO REALIZADO EM ESPANHA SOBRE A PREVALÊNCIA ASSISTENCIAL DA INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÓNICA EM CUIDADOS PRIMÁRIOS. ESTUDO DETECT-IVC

Resumo. *Objetivos.* Para conhecer qual é a prevalência e situação actual da insuficiência venosa crónica (IVC) nos Cuidados Primários em Espanha, foi desenhado um inquérito epidemiológico coordenado pela Junta Directiva da Sociedade Espanhola de Angiologia e Cirurgia Vascular (SEACV). *Doentes e métodos.* Participaram no estudo 1.068 médicos de Cuidados Primários, coordenados por 20 especialistas em Angiologia e Cirurgia Vascular, que incluíram 21.566 doentes que recorreram espontaneamente à consulta. *Resultados.* 80,3% dos participantes mostraram algum factor de risco para IVC. O factor mais frequente foi a vida sedentária nos homens (33,7%) e a gravidez nas mulheres (67%). 14.767 doentes (68,6%, intervalo de confiança 95%, amplitude 68%-69,2%) referiram alguma manifestação clínica compatível com IVC; 80,2% em mulheres e 49,2% em homens ($p < 0,001$). 2,1% dos doentes referiram ter sofrido pelo menos uma baixa laboral, e 1,9% tinham necessitado de hospitalização. No exame clínico, 58,5% do total da amostra, e 81,2% dos doentes que tinham referido alguma manifestação compatível com IVC, apresentaram algum sinal, sendo este mais frequente nas mulheres (86,5%) do que nos homens (66,6%), $p < 0,001$. O diagnóstico foi realizado segundo a parte clínica da classificação CEAP, verificando-se que 57,3% do total da amostra (IC 95%; 56,6%-58%) e 79,3% (IC 95%; 78,7%-80%) dos que referiam algum sintoma apresentaram um diagnóstico superior à classe 0. *Conclusões.* Os resultados mostram uma maior prevalência do recurso à assistência médica do que o esperado. Torna-se necessária a realização de programas informativos populacionais de prevenção dos factores de risco, e de programas específicos de formação continuada nos Centros de Saúde. [ANGIOLOGÍA 2001; 53: 249-60]

Palavras chave. Epidemiologia. Insuficiência venosa crónica. Medicina Primária. Prevalência.