

**XIII CONGRESO NACIONAL
DEL CAPÍTULO DE
FLEBOLOGÍA DE LA SEACV**

Girona, 20-23 de abril de 2005

**TEMA DE DEBATE I.
INTERRELACIÓN ENTRE LA ASISTENCIA PRIMARIA
Y LA HOSPITALARIA EN PATOLOGÍA VENOSA**

**Flebopatías: interrelación entre
medicina primaria y hospitalaria**

F.S. Lozano-Sánchez

Introducción

Una etapa fundamental de la especie humana fue el paso de caminar sobre los cuatro miembros a la posición erecta; esto que en sí es una conquista con innumerables ventajas, ha supuesto la aparición de diversas afecciones, entre ellas la insuficiencia venosa de los miembros inferiores (MMII). En la actualidad, la existencia de una mayor longevidad y el estilo de vida (sedentarismo) de la población occidental, promueven un continuo incremento de las flebopatías.

De entre las venopatías, unas son muy prevalentes (insuficiencia venosa); otras, aunque menos, son potencialmente muy graves –trombosis venosa profunda (TVP), a través de una posible embolia pulmonar (EP) fatal–. Todas ellas ocupan gran parte de nuestro quehacer diario; de hecho, la insuficiencia venosa crónica (IVC) de los MMII, en

sus diferentes variedades, constituye la afección más frecuente que trata el angiólogo y cirujano vascular.

La magnitud y repercusión de la patología venosa es enorme –fundamentalmente de las extremidades inferiores (EEII)–. Las flebopatías constituyen uno de los paradigmas de problemas de salud. En este sentido, diversos estudios epidemiológicos fundamentalmente europeos, como el estudio longitudinal desarrollado en Basilea (Widmer) o el transversal del Barcelona II (Jiménez-Cossío), aportan numerosa información al respecto, y, aunque con conclusiones algo confusas, ayudan a entender las consecuencias clínicas y socioeconómicas de esta patología.

Clasificación

Las flebopatías de las extremidades se clasifican en:

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca, España.

Correspondencia:

Dr. Francisco Lozano Sánchez. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario de Salamanca. Paseo San Vicente, s/n. E-37007 Salamanca. E-mail: lozano@usal.es

© 2005, ANGIOLOGÍA

Situaciones que originan insuficiencia venosa

Según el sistema afectado:

- *Sistema venoso superficial*: varices o venas varicosas.
- *Sistema venoso profundo*: síndrome posflebítico o posttrombótico (SPF).

Varices y SPF, por separado o conjuntamente, cuando se cronifican –lo cual es habitual–, forman parte del síndrome de IVC. Este término, sugerido por van der Molen, lo define la UIA como los cambios producidos en las EEII resultado del estasis venulocapilar prolongado secundario a hipertensión venosa.

Situaciones que originan obstrucciones venosas

Inicialmente se dividen en:

- *No trombóticas (infrecuentes)*: destacan las compresiones extrínsecas (tumores, hematomas, etc.).
- *Trombóticas (frecuentes)*: denominadas ‘tromboflebitis’ en su conjunto.

Según afecten uno u otro sistema, se subdividen en:

- *Sistema superficial*: tromboflebitis superficial (TS), trombosis venosa superficial, o flebitis (si afecta a una vena varicosa se denomina varicoflebitis, tromboflebitis varicosa o trombosis varicosa).
- *Sistema profundo*: TVP, tromboflebitis profunda o enfermedad tromboembólica venosa (ETEV). Este último término hace alusión a la más grave complicación de la patología venosa, que es la EP de origen trombótico.

Términos ‘antiguos’, como flebotrombosis o simplemente tromboflebitis (sin apellido), se deben desechar para evitar errores.

Patología venosa diversa

Traumatismos venosos, malformaciones venosas, etc.

Frecuencia

Las varices es una de las enfermedades más comunes del ser humano adulto de ambos sexos. Su incidencia se desconoce, pero su prevalencia es muy alta. Varía según ciertas circunstancias; así, afectan aproximadamente al 40-50% de la población adulta si contemplamos varices de todo tipo; estas cifras disminuyen al 10-20% (varices significativas), 5-7% (varices graves, con IVC) y 1-2% (úlceras venosas). En nuestro país se estima una cifra de 250.000 personas las portadoras de úlceras venosas y alrededor de 2.500.000 las que padecen varices. Afortunadamente, las varices se asocian a una escasa mortalidad.

El segundo gran capítulo de las flebotías es la ETEV (ETEV = TVP ± EP). La incidencia anual de TVP es de 160 casos/100.000 habitantes, y su prevalencia en la población adulta es del 2-5%. Otros datos de interés en relación con las TVP son: el 10-15% cursan con EP –en algunas estadísticas, hasta 1/3 pueden ser mortales–; en el 10% subyace un proceso neoplásico –en ocasiones oculto– y finalmente otro importante porcentaje presentará un SPF. Por otro lado, es obligado mencionar que la inci-

dencia de la ETEV en pacientes hospitalizados es muy elevada, sobre todo en ciertos servicios quirúrgicos (p. ej., traumatología y cirugía ortopédica), donde, sin profilaxis, se pueden alcanzar cifras alarmantes (50% de los operados).

El SPF puede presentarse en el 3-5% de la población adulta; un 25% de los mismos presentarán distintos grados de incapacidad. El 0,2-1% de la población presentan ulceración de los tobillos.

Repercusiones clínicas, humanas y socioeconómicas

La patología venosa, por su gravedad y cronicidad, ocasiona problemas de diversa índole:

- *Mortalidad*: la EP es la enfermedad pulmonar mortal más frecuente. En nuestro país, alrededor de 30.000 personas fallecen anualmente por EP, y se estima la incidencia de EP como causa de muerte en 1-1,5 por 10.000.
- *Morbilidad y complicaciones agudas (EP) o crónicas y evolutivas: IVC cor pulmonale*.
- *Clínicos*: tratamientos prolongados, frecuentemente de forma ambulatoria, pero también a través de ingresos hospitalarios. Ello ocupa gran parte del quehacer de los cirujanos vasculares y también de otros especialistas, incluidos los médicos de asistencia primaria (AP).
- *Hospitalarios*: alta demanda asistencial, con creación de listas de espera para cirugía de varices. En Francia,

cada año se realizan más de 70.000 fleboextracciones por varices.

- *Otros problemas humanos*: desde problemas estéticos a sufrimientos. Alteración de la calidad de vida.
- *Sociales*: pérdida de productividad por bajas laborales a consecuencia de la enfermedad. La IVC supone el 2,5% del total de bajas laborales en Alemania.
- *Económicos*: fácilmente reconocibles, pero difícilmente evaluables. En ellos se incluyen gastos sanitarios (diagnósticos, tratamientos, etc.), muertes prematuras en época productiva, absentismo laboral, invalidez, pago de seguros, etc. y otros muchos intangibles. Según una serie alemana, 2/3 de pacientes con SPF presentaron una restricción laboral, un 30% reciben una pensión y un 24% han precisado cambiar de puesto de trabajo.

¿Qué debemos hacer?

En la prevención (primaria y secundaria), diagnóstico (precoz) y tratamiento (correcto) de las flebopatías participan diversas especialidades médicas, pero quienes deben tener todo el protagonismo son los médicos de familia (primer escalón), y los angiólogos y cirujanos vasculares (segundo escalón). Sabemos que entre estos dos niveles existe una problemática, de diversa índole, que debe aflorar en esta mesa redonda, con la finalidad última de consensuar posibles soluciones.

Bibliografía

1. Lozano F, Jiménez-Cossío JA, Ulloa J, Grupo RELIEF. La insuficiencia venosa crónica en España. Estudio epidemiológico RELIEF. Angiología 2001; 53: 5-16.
2. Lozano F, Launois R, RELIEF Spanish Group. Quality of life (Spain and France): validation of the chronic venous insufficiency questionnaire (CIVIQ). Methods Find Exp Clin Pharmacol 2002; 24: 425-9.
3. Lozano F, Jiménez-Cossío JA, Spanish RELIEF Group. Quality of life of patients with chronic venous insufficiency. Impact of medical treatment. Acta Phlebol 2002; 3: 117-23.
4. Callejas JM, Manasanch J, ETIC Group. Epidemiology of chronic venous insufficiency of the lower limbs in the primary care setting. Int Angiol 2004; 23: 154-63.
5. Gesto R, Grupo DETECT. Encuesta epidemiológica realizada en España sobre la prevalencia asistencial de la IVC en atención primaria. Estudio DETECT-IVC. Angiología 2001; 53: 249-60.
6. Marinello J, Cairols M, Comité Ad Hoc SEACV y CEF. Libro Blanco: Insuficiencia venosa crónica: su impacto en la sanidad española. Horizonte del año 2010. Relación coste beneficio. Macroestudio prospectivo basado en el método Delphi. Madrid: Nilo Gráfica; 2004.

Resumen de la exposición para el debate entre patología vascular en el hospital y en atención primaria

A. Almazán-Enríquez

En el trabajo diario con enfermos de patología vascular periférica, y dada la configuración y nomenclatura de nuestra especialidad en España, Angiología y Cirugía Vascular, se desprende que tenemos ante nosotros una doble vertiente de trabajo clínico y quirúrgico.

Por ello, nuestras consultas se masifican por enfermos con patología banal, a veces sin patología vascular en absoluto, junto con los que sí deben acudir a nuestra valoración, que se dividen en: con necesidad quirúrgica y no.

Así, se crea una diversidad de pacientes enorme, que nos obligada a ‘filtrar’, con el consiguiente gasto de tiempo y energía, llegando a ser las listas de espera interminables.

Otro factor que incrementa las listas de espera es la obligada revisión de pacientes operados y no operados, pero con control clínico de un proceso patológico venoso o arterial que así lo precise.

El tema a debate, creo que es el siguiente: se necesita una formación bási-

ca y continuada del médico de AP, para que conozca los pacientes que deberán enviarse a la consulta del especialista, y los que, o no lo necesitan, o bien pueden tratarse por el médico de AP. Bien entendido que comprendemos la insistencia –a veces intimidatoria–, de muchos enfermos que ‘no-quedá-mas-remedio’ que enviarlos al especialista, muy a pesar del médico de AP, conocedor de la banalidad de su cuadro o de su origen en otra patología (ósea, neurítica, etc).

Otro punto fundamental es mantener una comunicación permanente en cada consulta, mediante un escrito breve dirigido al médico de AP, en el que conste la evolución del paciente, el tratamiento sugerido por el especialista y la fecha de revisión, o bien, la no necesidad de revisión, y sus razones, para que el médico de AP conozca en todo momento nuestra actuación con su paciente, y pueda mantener un historial adecuado. Y digo, su paciente, porque el médico de AP es siempre el integrador de toda la infor-

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Correspondencia:
Dr. Arturo Almazán. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario de Salamanca. Paseo San Vicente, s/n. E-37007 Salamanca. E-mail: aralen@usal.es

© 2005, ANGIOLOGÍA

mación del enfermo en cuanto a sus diversas patologías y tratamientos.

Por supuesto, que lo recíproco obliga y es de agradecer: El médico de AP debería enviar una breve nota siempre en la primera visita del enfermo, y otra en caso de que exista algún cambio fundamental en el estado del paciente, como enfermedades o intervenciones qui-

rúrgicas desde su última revisión, que nos sean relevantes.

Sólo así podremos agilizar nuestras consultas, acortar las listas de espera hospitalarias, hacerlas más sencillas, y mantener en todo momento, ante el enfermo y de un compañero para otro, una sensación de dignidad profesional, seriedad en nuestro quehacer, y efectividad.

Interrelaciones entre medicina primaria y hospitalaria en patología venosa

S. Díaz-Sánchez

El sistema sanitario público español ha alcanzado un alto grado de desarrollo, basado fundamentalmente en la alta cualificación técnica de sus profesionales, liderada inicialmente desde los hospitales y posteriormente desde la atención primaria (AP). Desgraciadamente, este alto nivel profesional no ha ido parejo al desarrollo de mecanismos que permitieran la correcta coordinación entre los distintos niveles asistenciales, que han actuado como comportamientos estancos, con objetivos no sólo distintos, sino en ocasiones contrapuestos.

El indudable protagonismo que la AP ha adquirido en las últimas décadas en determinadas áreas de salud no siempre se ha recibido bien por otras especialidades, que lo han vivido en ocasiones como un cierto grado de ‘intrusismo’. A esta inadecuada relación entre niveles asistenciales, la AP tampoco ha sido ajena, ya que en ocasiones se ha pecado de alguna autosuficiencia a la hora de asumir nuevas responsabilidades, sin contar

con la colaboración de los profesionales de otras especialidades.

Son múltiples las causas que han contribuido a esta falta de coordinación entre niveles asistenciales. No es mi objetivo analizar en esta ponencia las causas institucionales –abundantes y de mucho peso: en ocasiones se ha percibido desde los profesionales que las instituciones sanitarias estaban más interesadas en desunir y enfrentar a los distintos niveles, que en favorecer un marco común de trabajo–, sino las que competen a los distintos profesionales y, más concretamente, las que interesan a los médicos de AP y a los cirujanos vasculares en el tema de la IVC.

Entre sus muchas tareas, los médicos de AP que trabajan para la sanidad pública han de asumir un elevado grado de protagonismo en el tratamiento de toda patología prevalente, independientemente de qué profesional deba asumir el mayor grado de responsabilidad sobre ella. Este protagonismo de la AP variará en función de la patología concreta de

Atención Primaria. Centro de Salud Getafe Norte. Getafe, Madrid, España.

Correspondencia:

*Dr. Santiago Díaz Sánchez.
Atención Primaria. Centro de Salud Getafe Norte. Riegobera Menchú, 2. Getafe (Madrid). E-mail: sdiazs@wanadoo.es*

© 2005, ANGIOLOGÍA

que se trate, de forma que en ocasiones se centrará en la detección del problema, en la selección de pacientes para la realización de pruebas diagnósticas, en el tratamiento de los casos menos complicados y/o en el control de los pacientes crónicos estables. En cualquier caso, el médico de AP tiene que estar lo suficientemente cualificado para asumir su

responsabilidad en toda aquella patología que, por su frecuencia, afecta a una gran proporción de población; de forma que, poblacionalmente, quizá sea más eficaz que el problema se trate de forma correcta en el nivel primario de salud, a que los distintos especialistas den una buena solución técnica a los casos individuales que atienden.