

Coexistencia en nuestro medio de los factores de riesgo en los pacientes con síndrome varicoso

J. Alós - P. Carreño

Servicio de Cirugía. Unidad de Cirugía Vascular
Aliança Mataronina
Mataró (Barcelona) (España)

RESUMEN

Se efectúa un estudio prospectivo, tipo encuesta, dirigido complementado con exploración clínico-instrumental específica, en un periodo de tiempo de dos años, en un total de 702 pacientes de ambos sexos que han sido diagnosticados de síndrome varicoso, con objeto de valorar la coexistencia de los diferentes factores de riesgo con la aparición del cuadro clínico.

SUMMARY

A prospective guided and «canvass» type study was made during a period of time two years, completed by an specific clinical instrumented examen. A total of 702 patients, men and women, with a Varicous Syndrom were included. The main purpose of this work was to analize the relationship between some risk factors and clinical evidence of such syndrom.

Introducción

Como ha quedado demostrado en diversos estudios epidemiológicos, las varices de los miembros inferiores tienen una elevada incidencia en la población general, bien sea en su forma esencial o complicada (12). Asimismo, constituyen el grupo de patología más habitual en la consulta de Angiología y Cirugía Vascular, en nuestro caso concreto aproximadamente una tercera parte de las visitas.

Existe una disparidad importante de cifras entre los escasos estudios completos al respecto que se han pu-

blicado (4-6), motivada, por una parte, por la diversidad de formas de selección de los pacientes y la metodica de examen y por otra por la diferente interpretación de los resultados (17). Todo ello no hace más que aumentar las dudas a la hora de valorar la importancia de los distintos factores de riesgo considerados como secundarios, ya que los principales, tales como la edad y el sexo, no son cuestionados (3-11).

Decidimos realizar un estudio prospectivo a partir de pacientes que acuden a nuestra consulta y que, tras el examen físico, diagnosticamos

como portadores de varices en sus diversos tipos y grados, previamente tratadas o no, excluyendo las varículas dérmicas como única manifestación.

El objetivo principal es el de valorar en esta muestra la coexistencia de los diferentes factores de riesgo y su relación con la aparición del cuadro clínico, cuantificando su incidencia en este grupo de individuos.

El estudio se ha llevado a cabo en el marco de un hospital comarcal, a lo largo de 24 meses ininterrumpidamente, previa estructuración de una hoja de recogida de datos que incluyera la totalidad de parámetros a valorar, sometiendo los datos obtenidos a un posterior proceso informatizado.

Material y método

A partir de 2.518 pacientes visitados por primera vez en nuestro Dispensario y dirigidos a él por diversos motivos, en el periodo de desarrollo del estudio se analizan un total de 702 en los que diagnosticamos varices en uno o en ambos miembros inferiores.

La hoja de encuesta utilizada para el registro de los datos recoge la procedencia, factores de riesgo, clínica, tiempo de evolución del cuadro, resultados de la exploración física y datos socio-económicos (1). Resaltamos únicamente los parámetros de interés epidemiológico que son reconocidos por la mayoría de

DISTRIBUCIÓN POR EDADES

E.M. 50 +/- 14 (Rango 14-89)

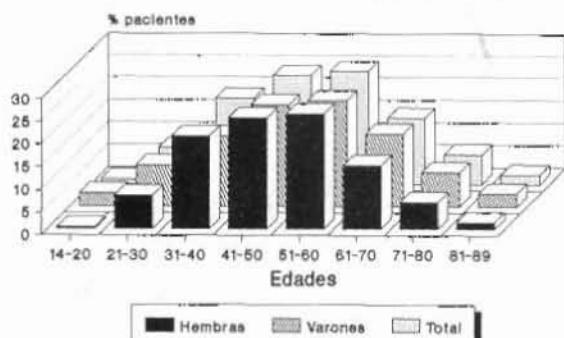


Fig. 1. Distribución de edad por décadas.

PESO CORPORAL

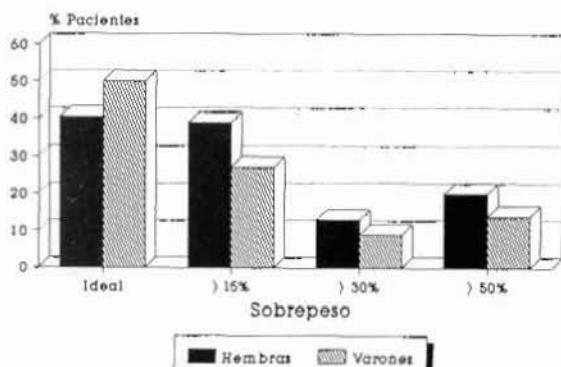


Fig. 2. Exceso ponderal.

autores, tales como edad, sexo paridad, hábito intestinal, enolismo, tabaquismo, sedentarismo, posición y temperatura del ambiente laboral y antecedentes familiares específicos (16). En este último punto nos limitamos a padres y hermanos dada la dificultad general de obtener datos fiables de generaciones anteriores.

Tras la anamnesis y cumplimentación de la hoja de protocolo, se registra el peso y la talla, sometiendo luego a los pacientes a una exploración vascular periférica complementada con estudio Doppler para valorar la permeabilidad y competencia del sistema venoso profundo, así como la existencia o no de insuficiencia de ambos sistemas safenos, para establecer finalmente, a partir de dichos datos, la clasificación tipológica de las varices (tronculares, reticulares, recidivadas, postrombóticas, otras).

Los resultados obtenidos se almacenan progresivamente en una base de datos para elaborar con posterioridad la relación de los resultados.

Resultados

De los 702 pacientes afectos, el 80% (559) son hembras y el 20% (143) varones. El total de extremidades es de 1.050, siendo la relación

bilateral/unilateral del global de la muestra del 50%, predominando, sin embargo, la bilateralidad en el sexo femenino.

La edad media se sitúa en 50 ± 14 (rango 14-89), mostrándose el desglose por décadas, un aumento progresivo a partir de la tercera década, con el pico alrededor de los 60 años, de forma casi uniforme en ambos sexos (fig. 1).

El 45% del total eran naturales de diferentes zonas de nuestra comunidad autónoma, mientras que el

52,5% procedían del resto del país, mayoritariamente Andalucía y Extremadura, siendo el 2,5% restante extranjeros.

Se ha calculado también la media de evolución del cuadro clínico en años, que es de 18 ± 11 (rango 1-58) para las hembras y de 11 ± 9 (rango 1-45) para los varones.

La tipología de estas varices se ha analizado separadamente por extremidades. Así, de las 1.050 totales, en 762 (72,5%) se trata de varices tronculares; en 165 (16%) de reticulares

NUMERO DE EMBARAZOS

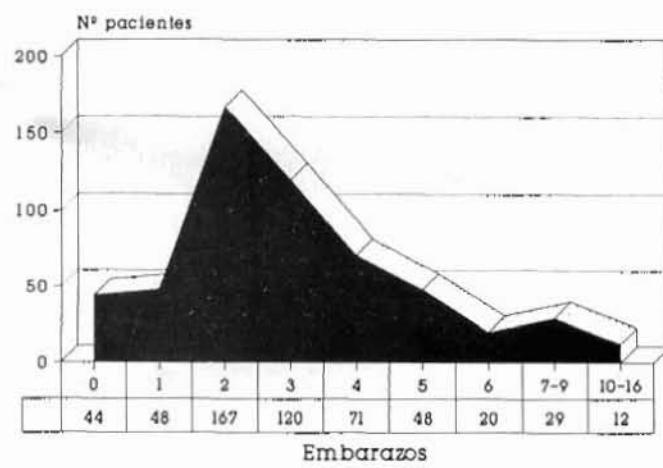


Fig. 3. Número de embarazos.

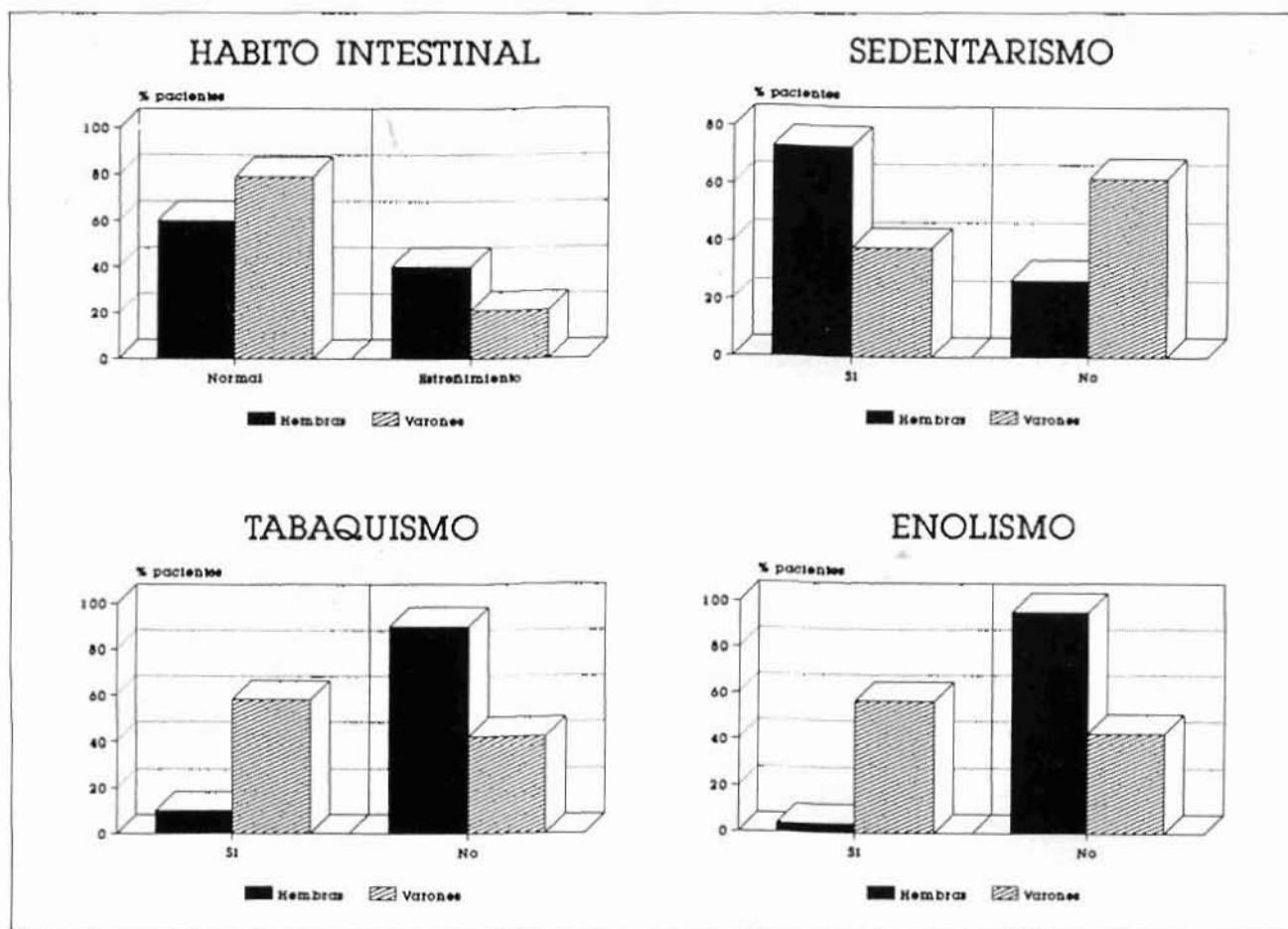


Fig. 4

lares; en 100 (9,5%) de recidivadas y en 23 (2%) de postrombóticas. No hallamos varices de otra etiología (por fistulas arteriovenosas, por agenesia del sistema venoso profundo).

Por otra parte, establecemos un gradiente clínico de severidad (leves, moderadas, severas), objetivándose mayor porcentaje de severidad en el sexo masculino.

A partir del peso y la talla, obtenidos en la exploración y mediante tablas de grados de obesidad diferenciadas para ambos sexos, calculamos el exceso ponderal sobre el peso ideal, cuantificándolo en porcentajes del 15, 30 y 50%. Según ellas el 42,5% de pacientes no presentan sobrepeso; el 25% presentan un sobrepeso moderado y un 32,5% un

sobrepeso severo o grave (fig. 2).

Se han clasificado los pacientes de sexo femenino en función del número de embarazos, hallándose un 8% de nuliparas. El mayor grupo, un 52% manifiestan haber tenido 2 o 3 embarazos, situándose el máximo en los 16 (fig. 3). Al obtener la edad media de cada uno de los grupos, clasificados en orden al número de embarazos, no hallamos diferencias significativas en ninguno de los grupos por debajo de los 7 embarazos, siendo ésta de 50 años. En cambio, la edad media aumenta por encima de este número de embarazos, siendo aquí de 60 años.

Cabe reseñar que un 50% de los pacientes relacionan la aparición de los primeros signos del cuadro varicoso con algún embarazo.

Valorando la presencia de estreñimiento habitual, sedentarismo, tabaquismo (refiriéndonos a fumadores habituales sin cuantificarlo) y el enolismo (ingesta aproximada superior a los 30 gr./día), observamos mayor tendencia al estreñimiento y sedentarismo en el sexo femenino y mayor número de fumadores y bebedores habituales en el masculino (fig. 4).

Atendiendo a otro de los factores de riesgo, hemos considerado cuatro posibilidades posicionales en cuanto al desarrollo del trabajo habitual: Bipedestación; sedestación; deambulación continua y una mixta. Según esta premisa, el 60% realiza su actividad laboral en estatismo absoluto. Por otra parte, un 12% del total lo hace a temperaturas am-

ANTECEDENTES FAMILIARES

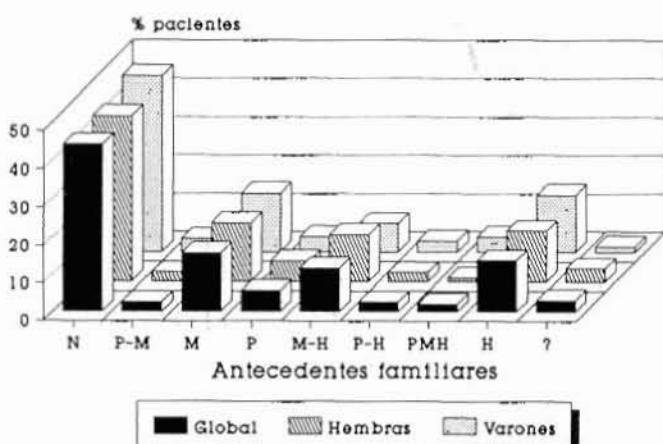


Fig. 5. Antecedentes familiares.

bientales elevadas y constantes superiores a los 40°C.

El análisis de la influencia de los factores hereditarios se limita a padres y hermanos, como ya se ha dicho anteriormente, dado el desconocimiento general por parte del encuestado de la incidencia de la afección en las generaciones anteriores. Aún así, un 3% de pacientes desconocen sus antecedentes familiares inmediatos. El 44% de individuos manifiesta no tener ningún antecedente específico, repartiéndose el

53% restante entre quienes tienen uno o más, sin diferencias significativas entre sexos, y predominando aquellos que cuentan como antecedente la madre, algún hermano o ambos (fig. 5).

Discusión

Los hallazgos del presente trabajo no difieren a grandes rasgos de los consultados. Quizá la mayor discrepancia se halle en la proporción de 4:1 relativa al sexo y a favor del femenino, que tiende a ser de 1:1

en la mayoría (13). Esto se debe, posiblemente, a que el nuestro no se trata de un estudio de tipo transversal sino de una encuesta dirigida.

La distribución de frecuencia en función de la edad, que sitúa su máximo alrededor de los 60 años, es comparable a cualquier otro estudio (2), así como las cifras de pacientes con sobrepeso. Estas varían según el medio en que se ha realizado hallando diferencias significativas en unos mientras que no las hay en otros (7-15). En nuestro caso destaca la severidad del sobrepeso en la tercera parte de la muestra, relacionando directamente con el bajo nivel socio-económico, y con los hábitos dietéticos deficientes propios del marco de procedencia, que incide paralelamente en el elevado número de embarazos.

Por otra parte, al no ofrecer la edad media de las multiparas agrupadas por el número de embarazos, y por debajo de los siete, variaciones significativas, a diferencia de otros trabajos (8-14), puede darnos mayor información sobre la importancia e influencia de este factor.

Al valorar los antecedentes familiares inmediatos, destaca la gran proporción de pacientes (aproximadamente la mitad) sin ningún tipo de antecedente. También es manifiesta,

FACTORES DE RIESGO

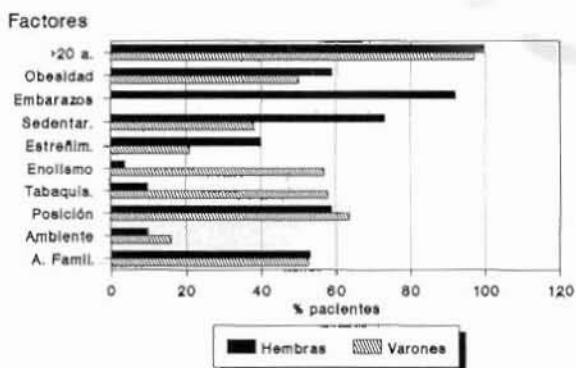


Fig. 6. Incidencia de factores de riesgo.

FACTORES DE RIESGO

(Excluidos Edad y Sexo)

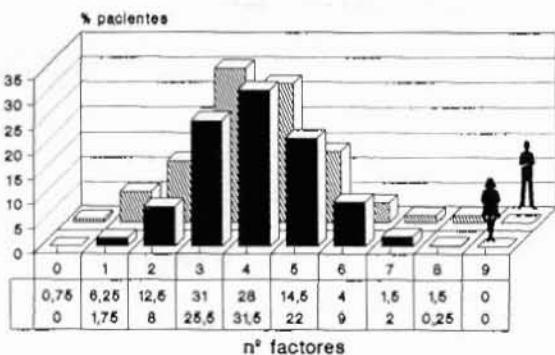


Fig. 7. Coexistencia de factores.

como en el estudio de **Gundersen** (9-10), la influencia del antecedente materno en este grupo de individuos, a pesar de lo cual no se puede ser concluyente en lo referente a la importancia de este punto.

Como resumen de los resultados expuestos, diremos que se muestra muy desigual la incidencia de los diferentes factores comparativamente entre ambos sexos. Por un lado son afines en lo concerniente a la distribución por edades, la presencia de sobrepeso, los antecedentes familiares y las condiciones laborales. Por otro, se muestran dispares en lo referente al sedentarismo, tabaquismo, enolismo y hábito intestinal (5) (fig. 6).

Atendiendo al número de factores contemplados, hemos agrupado separadamente por sexos aquellos pacientes que presentaban un mismo número de factores (fig. 7), situándose la mayoría entre quienes presentan de 3 a 5 en el sexo femenino y de 2 a 5 en el masculino. Sería interesante analizar la coexistencia de estos factores en una población sin varices, para conceder la importancia justa a esta tabla.

BIBLIOGRAFIA

1. ALOS, J., CARREÑO, P.: «Protocolización y justificación de nuestro estudio epidemiológico sobre el síndrome varicoso». Comunicación al V Congreso de la Sociedad Andaluza de Angiología y Cirugía Vascular. Almería, Dic. 1990.
2. BASSI, G.: «Le varici degli arti inferiori». Minerva Médica, 1962.
3. BOLLINGER, A.: Varices primarias, en «Angiología». Editorial Toray, 1^a Edición, Barcelona 1982, 195.
4. BORSCHBERG, E.: «The prevalence of varicose veins in the lower extremities». S. Karger Basel, New York, 1967.
5. BURKITT, D.P.: Varicose veins, deep vein thrombosis and haemorrhoids: epidemiology and suggested epidemiology. «Brit. Med. J.», 2: 556, 1972.
6. CLEAVE, T. L.: A new conception on the causation, prevention, and arrest of varicose veins, varicocele and haemorrhoids. «Amer. J. Proctol.», 16: 35, 1965.
7. DA SILVA, A., WIDMER, L. K., MARTIN, H., MALL, T. H., GLAUS, L., SCHNEIDER, M.: Varicose veins and chronic venous insufficiency. «Vasa», 3: 118, 1974.
8. GUBERAN, E., WIDMER, L. K., GLAUS, L., MUELLER, L., ROUGEMONT, A., DA SILVA, A., GENDRE, F.: Causative factors of varicose veins: myths and facts. «Vasa», 2: 115, 1973.
9. GUNDERSEN, J.: Factores hereditarios en las venas varicosas, en «Tratamiento de los trastornos venosos». Editorial Jims. 1^a Edición, Barcelona 1979, 15-20.
10. GUNDERSEN, J., HAUGE, M.: Hereditary factors in venous insufficiency. «Angiology», 20: 346, 1969.
11. JIMENEZ COSSIO, J. A.: Epidemiología de las enfermedades vasculares periféricas. «Angiología», 2: 97-101, 1975.
12. JIMENEZ COSSIO, J. A., VIVER, E., RODRIGUEZ, A., OLIVER, S.: Estudio epidemiológico de varices en una población laboral de 512 individuos. «Medicina Clínica» (Barcelona), 69: 415-418, 1977.
13. JIMENEZ COSSIO, J. A.: Importancia socio-laboral de las flebopatías crónicas, en «Insuficiencia venosa crónica de los miembros inferiores». Centro de documentación de Laboratorios Uriach. Barcelona 1986, 237-245.
14. KILBOURNE, N. J.: Varicose veins in pregnancy. «Amer. J. Obst. Gynec.», 25: 104, 1969.
15. LUDBROOK, J.: Obesity and varicose veins. «Surg. Gynec. Obst.», 11: 4, 843, 1964.
16. MANOSA, J.: Epidemiología y etiopatogenia del síndrome varicoso. «JANO», vol. XXX nº 720, 10, 1986.
17. WIDMER, L. K., MALL, T., MARTIN, H.: Epidemiología e importancia sociomédica de la enfermedad venosa, en «Tratamiento de los trastornos venosos». Editorial Jims, 1^a Edición. Barcelona 1979, 3-14.