

La insuficiencia venosa crónica en España. Estudio epidemiológico RELIEF

F. Lozano^a, J.A. Jiménez-Cossío^b, J. Ulloa^c, Grupo RELIEF^d

CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY IN SPAIN. AN EPIDEMIOLOGICAL STUDY (RELIEF)

Grupo RELIEF
(**RELIEF**: **RE**flux assessment and quality of **LI**fe improvement with micronized **Fl**avonoids in chronic venous insufficiency).

^a Coordinador nacional. Hospital Universitario (Profesor Gómez Alonso), Salamanca.

^b Coordinador internacional. Hospital La Paz. Madrid, España.

^c Coordinador internacional. Instituto de Angiología y Cirugía. Santa Fe de Bogotá, Colombia.

^d Investigadores RELIEF por CC.AA. (véase pág. 14)

Correspondencia:

Dr. Francisco S. Lozano Sánchez. Unidad de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario de Salamanca. Paseo de San Vicente, s/n. E-37007 Salamanca. Fax: +34923 294 558. E-mail: lozano@gugu.usal.es

Agradecimientos:

El presente estudio ha sido soportado por Laboratorios Servier España SA. A Belén Gil Polo y Pilar Rodríguez Romero, por su colaboración. A Monika Lecomte, al Institut de Recherche Internationales Servier, a Lincoln Systems y a ARCOS por el trabajo estadístico.

© 2001, ANGIOLOGÍA

Summary. Objectives. To collect epidemiological data on chronic venous insufficiency (CVI) taking into account whether venous reflux was present and the patient's quality of life. Patients and methods. Epidemiological transversal study, prospective and multicentric. Included were 482 patients with CVI (CEAP 0-4). Analysed data were: Clinical history, vital signs, clinical symptomatology (pain-visual scale-, oedema, leg heaviness and cramps), calf circumference measured with the 'Leg-O-Meter', clinical status (CEAP), venous reflux with hand-held Doppler, and quality of life (CIVIQ questionnaire). Results. In patients with venous reflux (254) varicose veins were more frequent ($p < 0.001$) as well as complications ($p < 0.001$), showing these patients more severe CEAP grade ($p < 0.001$) versus the subgroup without reflux. Curiously, in this latter subgroup (228 patients) there were more women ($p < 0.01$), less CVI duration ($p < 0.01$) and higher calf circumference ($p < 0.05$). Other data measured did not reach statistical significance. Quality of life in patients suffering from CVI was scored as 66.4 in a scale from 0 to 100, with pain being the data more significant with a score of 54.6. Conclusions. The present work has objectively quantified how CVI (with and without venous reflux) produce not only symptoms, but also deteriorates the patients quality of life. [ANGIOLOGÍA 2001; 53: 5-16]

Key words. Chronic venous insufficiency. Epidemiology. Quality of life. RELIEF.

Introducción

La insuficiencia venosa crónica (IVC) es una enfermedad con importantes implicaciones socioeconómicas. Según el informe Task Force [1], los problemas venosos crónicos son una condición médica muy prevalente, padecida en diversos grados de severidad por un alto porcentaje de la población adulta. Esta alta incidencia constituye un importante problema de salud pú-

blica, que en algunos países europeos representa entre el 1,5 y el 2,0% del presupuesto total de la sanidad pública [2].

Los síntomas (dolor, molestias inespecíficas, hinchazón, pesadez, calambres) y signos (edema) de la IVC son bien conocidos y afectan al 5-10% de la población [3]. Los cambios crónicos de la macro y microcirculación que aparecen en estos pacientes producen la manifestación más grave de la IVC: la úlcera venosa, que

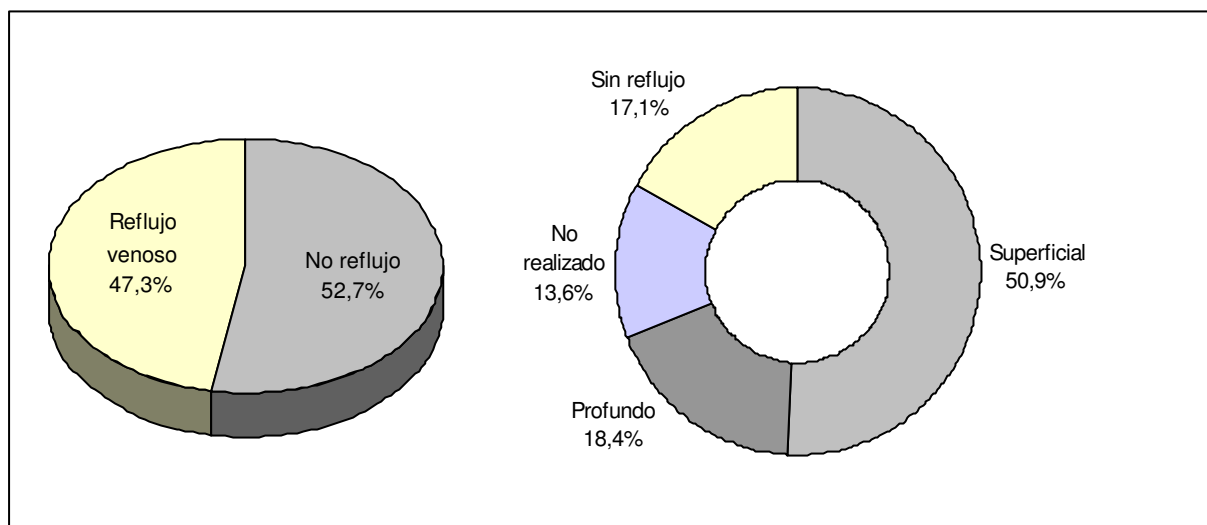


Figura 1. Reflujo venoso en la muestra estudiada (n= 482): Doppler y fotopleetismografía

afecta al 1% de la población [4]. Además, esta enfermedad también influye en la calidad de vida de los pacientes afectados [5,6].

Desde un punto de vista fisiopatológico sabemos cómo el reflujo venoso superficial o profundo puede provocar hipertensión venosa y que ésta suele asociarse a un deterioro de las válvulas venosas. Todo ello parece desempeñar un papel esencial en la evolución de la IVC [7]. Sin embargo, no conocemos suficientemente la relación entre la alteración hemodinámica y la sintomatología. Esta relación no sólo posee un interés académico sino que tiene una importante repercusión económica para el sistema nacional de salud. Por otra parte, la demanda social no sólo se dirige hacia la curación sino también a mejorar las cotas de confortabilidad, o dicho de otra forma, incrementar los niveles de calidad de vida.

RELIEF es un amplio estudio internacional prospectivo, multicéntrico y abierto

[8]. La presente publicación presenta los resultados relativos al estudio epidemiológico transversal, correspondiente a España, con los siguientes objetivos: 1. Conocer datos epidemiológicos en pacientes con síntomas compatibles con IVC con o sin reflujo venoso, y 2. Evaluar la calidad de vida de estos pacientes, según el CIVIQ (*first quality-of-life scale specific to CVI*).

Pacientes y métodos

Durante el período comprendido entre el 25 de febrero de 1997 y el 15 de mayo de 1998 se seleccionaron 624 pacientes ambulatorios, de los cuales se reclutaron 482 (77,2%) portadores de síntomas y/o signos de IVC, según criterios especificados en la tabla I. En su reclutamiento participaron 62 investigadores (repartidos por toda la geografía española), procedentes de 48 centros (31 provincias y 14 CC.AA.). Cada centro seleccionaba

Tabla I. Criterios de selección, inclusión y exclusión del estudio RELIEF.

Criterios de selección (quince días antes de la inclusión)
Varón o mujer, todas las razas
Mayor de 18 años
Consentimiento informado
Signos o síntomas clínicos de IVC: estadios 0 a 4 (Clasificación CEAP)
Presencia o no de reflujo venoso
Capacidad para completar el cuestionario sobre la calidad de vida
Portadores o no de medias de compresión elástica
Estabilidad psicológica y buena motivación
Criterios de inclusión
Satisfacer los criterios de selección
Sin enfermedad clínica importante (no relacionada con la enfermedad venosa)
Interrupción de cualquier tratamiento farmacológico de la IVC, 15 días antes de la inclusión
Búsqueda de reflujo venoso (Doppler de bolsillo)
En caso de reflujo, clasificarlo como superficial o profundo (fotopleetismografía)
Criterios de exclusión
Enfermedad activa concomitante, considerada clínicamente importante por el investigador
Adicción a alcohol o drogas
Portadores conocidos de HbsAg o anticuerpos VIH
Diabetes mellitus, complicada con neuropatía y/o enfermedad arterial
Signos o síntomas en las piernas no exclusivamente venosas: arterial, neurológicos, etc.
Alteración de la función hepática (ALAT o ASAT >3 x normal)
Alteración de la función renal (creatinina sérica > 120 mmol/l)
Edema de origen renal, hepático, cardíaco u otro
Linfedema
Mujeres gestantes o lactantes
Pacientes con estrés reciente (intervención quirúrgica, duelo)
Considerados como poco proclives a cooperar plenamente en el estudio
Estadios 5 o 6 de la clasificación CEAP (úlceras venosas)
Antecedentes de trombosis venosa profunda (hasta 1 año)
Pacientes que deban guardar reposo en cama, que precisen inmovilización con escayola, etc.
Antecedentes de trombosis venosa superficial (hasta 6 meses)
Antecedentes de cirugía venosa o escleroterapia en los 3 meses anteriores
Pacientes que precisen tratamiento quirúrgico inmediato o escleroterapia
Antecedentes conocidos de alergia o intolerancia a cualquier flebotropo
Medicación experimental recibida durante los 3 meses previos a su reclutamiento en el estudio
Tratamiento con agentes vasoactivos, los 15 días previos a la inclusión

hasta 15 pacientes de forma consecutiva. Cumplidos los criterios de selección e inclusión, se sometió a todos los pacientes a un estudio transversal. El protocolo de recogida de datos comprendía: edad, sexo, hábitos, tipo de trabajo, enfermedades asociadas, tratamientos concomitantes, existencia de varices, existencia de complicaciones derivadas de la IVC, duración de la IVC y tratamientos previos, antecedentes familiares de enfermedad venosa, además de la talla y peso corporal.

La sintomatología se valoró mediante la cualificación subjetiva de la hinchazón, pesadez y calambres. Se solicitó al paciente que valorase estos síntomas en una escala de 4 puntos (0= ausente, 1= leve, 2= importante, 3= grave); asimismo, el paciente valoró el dolor en una escala analógica visual (de 0-10 cm). El estadio clínico de la IVC, en una escala de 0 a 6, siguió la clasificación CEAP [9,10]. La circunferencia de la extremidad (edema) se midió mediante un sencillo instrumento (Leg-O-Meter®) [11].

Todos los pacientes fueron sometidos a una exploración en busca de la presencia de reflujo venoso, mediante Doppler de bolsillo. Se definió la prueba como positiva cuando, al efectuar compresión proximal o maniobra de Valsalva se auscultaba/registraba en la zona troncular del sistema venoso superficial y profundo una onda negativa evidente (no se tuvo en cuenta la duración). A aquellos con reflujo, para intentar diferenciar el superficial del profundo, se les practicó un examen fotopletismográfico [12].

La calidad de vida se valoró siguiendo un protocolo específico para la IVC (CI-

Tabla II. Dimensiones e ítems del cuestionario de calidad de vida^a.

1. Dolor
Me duelen las piernas
Este dolor limita mi trabajo
No puedo estar de pie mucho tiempo
Duermo mal
2. Social
No puedo salir de noche
No puedo hacer deporte
No puedo viajar en coche
3. Física
No puedo subir escaleras
Tengo dificultad para agacharme y arrodillarme
No puedo andar muy deprisa
No puedo realizar algunas tareas domésticas (planchar, fregar el suelo o limpiar los muebles)
4. Psicológica
Me irrito con facilidad
No tengo ganas de salir
Me cuesta ponerme en marcha por la mañana
Tengo los nervios de punta
Me siento inútil
Soy como un peso muerto
Tengo que tomar algunas precauciones (como estirar las piernas)
Me canso enseguida
Me da vergüenza enseñar las piernas
^a CIVIQ.

VIQ), traducido del francés [5,13]. Dicho cuestionario se basa en 20 apartados agrupados en cuatro dimensiones: dolor, social, física y psicológica (Tabla II). La pun-

Tabla III. Datos básicos de las poblaciones estudiadas.

	Sin reflujo venoso (N= 254)	Con reflujo venoso (N= 228)	Total (N= 482)	p
Edad (años)	45,6 ±13,2	47,3 ±11,8	46,4 ±12,6	NS
Sexo (femenino)	234 (92,1)	189 (82,9)	423 (87,8)	0,01
Hábitos				
Fumador	68 (26,8)	54 (23,7)	122 (25,3)	NS
Bebedor habitual	23 (9,1)	21 (9,2)	44 (9,1)	NS
Tipo de trabajo				NS
Jornada completa	113 (44,5)	100 (43,9)	213 (44,2)	
Jornada de mañana	172 (67,7)	153 (67,1)	325 (67,4)	
No manual	58 (22,8)	55 (24,1)	113 (23,4)	
Funcionariado	43 (16,9)	36 (15,8)	79 (16,4)	
Otra naturaleza	54 (21,2)	47 (20,6)	101 (20,9)	
Enfermedades asociadas	65 (25,6)	74 (32,5)	139 (28,8)	NS
Tratamiento concomitante	50 (19,7)	59 (25,9)	109 (22,6)	NS
Benzodiacepinas	6 (2,4)	12 (5,3)	18 (3,7)	
IECA	7 (2,8)	7 (3,1)	14 (2,9)	
Progestágenos/estrógenos	9 (3,5)	1 (0,4)	10 (2,1)	
H. tiroideas	4 (1,6)	6 (2,6)	10 (2,1)	
Fibratos	0 (0)	7 (3,1)	7 (1,4)	
Presencia de varices	64 (25,2)	108 (47,4)	172 (35,7)	0,001
Complicaciones	7 (2,8)	26 (11,4)	33 (6,8)	0,001
Duración IVC (años)	13,7 ±10,7	16,3 ±10,6	14,9 ±10,7 ⁹	0,01
Tratamientos previos (IVC)				
Venofármacos	79 (31,1)	84 (36,8)	163 (33,8)	NS
No farmacológico	99 (39,0)	83 (36,4)	182 (37,8)	NS
Contención elástica	52 (20,5)	35 (15,4)	87 (18,0)	
Escleroterapia	22 (8,7)	32 (14,0)	54 (11,2)	
Cirugía varices	20 (7,9)	24 (10,5)	44 (9,1)	
Antecedentes familiares	161 (63,4)	150 (65,8)	311 (64,5)	NS
Un progenitor	139 (54,7)	110 (48,2)	249 (51,6)	
Ambos progenitores	17 (6,7)	33 (14,5)	50 (10,4)	
Constantes				
Presión arterial (mmHg)	128/75	127/74	127/74	NS
Frecuencia (lpm)	74 ± 8	76 ± 7	75 ± 8	NS
Talla (cm)	162,7 ± 6,3	164 ± 8	163,3 ± 7,1	NS
Peso (Kg)	66,3 ± 13	68,2 ± 10,9	67,2 ± 11,4	NS
N.º de casos (%)				

tuación puede variar entre 0 y 100 (0= mínima calidad de vida, 100= máxima calidad de vida).

Los datos se han tabulado en conjunto y por separado (pacientes con y sin reflujo venoso). Como estadísticas descriptivas se han empleado la media, la desviación estándar (DE), el máximo y el mínimo de las variables cuantitativas. En las variables cualitativas se determinaron las frecuencias absolutas y relativas. La determinación de la calidad de vida (puntuación final y por dimensiones), se ha realizado siguiendo a Launois [6]. El análisis se ha efectuado con un programa SAS.

Resultados

En la tabla III se comparan las poblaciones estudiadas con y sin reflujo. De los datos obtenidos cabe destacar la presencia de varices en el 35,7% (25,2% de la población sin reflujo venoso y 47,4% de aquella con reflujo venoso) y la presencia mayoritaria de mujeres (87,8% de toda la población). El tipo de trabajo, los antecedentes familiares, el peso y la talla no son de relevancia para diferenciar ambas poblaciones.

La mayoría de los pacientes de los dos grupos no habían recibido ningún tratamiento farmacológico previo (66,2%). Entre los 163 pacientes que habían recibido fármacos para la enfermedad venosa (33,8%), los principales fueron: bioflavonoides en el 68,7% y heparina o heparinoides en el 6,7% de los casos. De forma análoga, 182 pacientes (37,8%) habían recibido tratamiento no farmacológico; de ellos, destacan 87 pacientes (18%), que utilizaban contención elástica. Los trata-

Tabla IV. Grado de la IVC, síntomas y signos.

	Sin reflujo venoso (N= 254)	Con reflujo venoso (N= 228)	Total (N= 482)	p
Estadio IVC				0,001
No valorable	0 (0)	1 (0,4)	1 (0,2)	
CEAP 0	9 (3,5)	2 (0,9)	11 (2,3)	
CEAP 1	97 (38,2)	29 (12,7)	126 (26,1)	
CEAP 2	75 (29,5)	134 (58,8)	209 (43,4)	
CEAP 3	58 (22,8)	36 (15,8)	94 (19,5)	
CEAP 4	15 (5,9)	26 (11,4)	41 (8,5)	
Hinchazón				NS
No valorable	6 (2,4)	3 (1,3)	9 (1,9)	
0= ausente	69 (27,2)	50 (21,9)	119 (24,7)	
1= leve	88 (34,6)	92 (40,3)	180 (37,3)	
2= importante	67 (26,4)	72 (31,6)	139 (28,8)	
3= severo	24 (9,4)	11 (4,8)	35 (7,3)	
Pesadez				NS
No valorable	7 (2,8)	3 (1,3)	10 (2,1)	
0= ausente	15 (5,9)	17 (7,5)	32 (6,6)	
1= leve	76 (29,9)	63 (27,6)	139 (28,8)	
2= importante	114 (44,9)	113 (49,6)	227 (47,1)	
3= severo	42 (16,5)	32 (14,0)	74 (15,3)	
Calambres				NS
No valorable	6 (2,4)	3 (1,3)	9 (1,9)	
0= ausente	108 (42,5)	95 (41,7)	203 (42,1)	
1= leve	87 (34,2)	73 (32,0)	160 (33,2)	
2= importante	43 (16,9)	43 (18,9)	86 (17,8)	
3= severo	10 (3,9)	14 (6,1)	24 (5,0)	
Dolor ^a	3,60 ± 2,31	3,83 ± 2,47	3,71 ± 2,39	NS
PM ^b	26,09 ± 5,06	25,23 ± 3,57	25,69 ± 4,44	0,05
N.º casos (%). ^a 0-10 cm. ^b PM: perímetro maleolar (en cm).				

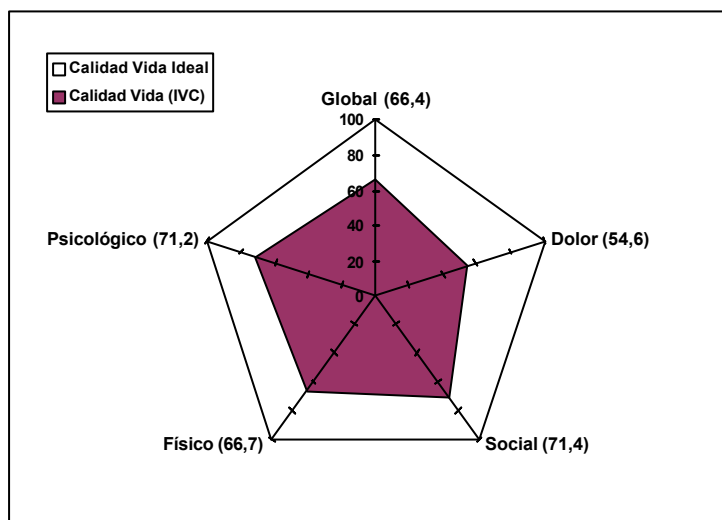


Figura 2. Calidad de vida de los pacientes con insuficiencia venosa crónica (IVC) según el protocolo CIVIQ

mientos más agresivos se concretaban en 54 pacientes (11,2%), que habían sido sometidos a esclerosis venosa, y 44 (9,1%) algún tipo de cirugía venosa. Los antecedentes familiares de varices no fueron un factor diferenciador de la presencia de reflujo. Así, sólo el 64,5% (311 pacientes) de la población total referían antecedentes familiares. No se constató ningún antecedente en 162 casos (33,6%), mientras que este dato no se registró en nueve casos. Tampoco existieron diferencias entre el grupo sin/con reflujo, en relación con el peso (66,3 y 68,2 kg) y la talla (162,7 y 164,0 cm), respectivamente.

La tabla IV muestra los datos que relacionan la clínica con la presencia de reflujo. La clase más representada en el grupo con reflujo venoso era la 2 (58,8%), siendo ésta la que le da significación al grupo. Curiosamente el perímetro maleolar fue superior en la población sin reflujo que en aquellos con reflujo. De acuerdo

con los datos del examen Doppler de bolsillo, se detectó reflujo venoso en 228 de los 482 pacientes. En 158 casos (32,8%) se produjo reflujo venoso en el territorio de la vena safena interna, mientras que en 33 casos (6,8%) en el de la vena safena externa. En 37 pacientes (7,7%) el Doppler de bolsillo pudo detectar reflujo en el territorio de ambas safenas. En 254 pacientes el examen Doppler no detectó reflujo venoso. La exploración fotopletiomográfica, en los pacientes con reflujo venoso, mostró que en 116 pacientes (50,9%) el reflujo era superficial y en 42 casos (18,4%), profundo. Cabe destacar que en 70 casos (30,7%) no se pudo efectuar un examen fiable.

Según el cuestionario CIVIQ para valorar la calidad de vida, se obtuvo una puntuación media que varió desde 54,6 a 71,4 puntos. La puntuación más baja (peor calidad de vida) se observó en la dimensión del dolor ($54,6 \pm 19,9$) y la más alta para la dimensión social ($71,4 \pm 22,9$) y psicológica ($71,2 \pm 19,5$). La dimensión física presentó un resultado intermedio ($66,7 \pm 26,4$). La medida global de la calidad de vida de los pacientes con IVC fue de $66,4 \pm 18,5$ (Fig. 2).

Discusión

En 1997, se presentó en España el proyecto RELIEF (investigación sobre la IVC de tipo clinicoepidemiológico, prospectivo, abierto, multicéntrico e internacional). Este ambicioso estudio, el mayor en su género, con la pretensión de reclutar más de 10.000 pacientes, contó con la participación de 23 países. La falta de datos epi-

demiológicos en España, la elevada prevalencia de la IVC y las implicaciones clínicas y económicas justifican plenamente el estudio RELIEF.

Es conocido que los estudios epidemiológicos tienen numerosas dificultades de índole metodológica [1]. En nuestro caso puede ser cuestionada la población elegida; sin embargo, la muestra final de 482 pacientes del estudio RELIEF español representa las tres cuartas partes de los que inicialmente se seleccionaron. Esta cifra la consideramos suficientemente representativa de todo el territorio dado que se distribuyeron equitativamente por toda la geografía española. Es evidente que un corte transversal poblacional sobre censo nos daría la verdadera prevalencia de la enfermedad; sin embargo, el objetivo del estudio era conocer los pacientes sintomáticos que espontáneamente acudían al ambulatorio con clínica compatible con IVC y relacionarlos con la presencia de patología venosa crónica en forma de reflujo.

Los estudios epidemiológicos no son novedad en España; sin embargo, no son comparables al presente informe [14-19]. En el ámbito internacional, Task Force [1] revisó 60 estudios epidemiológicos (entre 1957 y 1996), de los cuales sólo aceptó y consideró relevantes 29 (48,3%). En la mayoría de los casos la IVC sólo es contemplada en estadios muy avanzados (úlceras activas o curadas). De los que estudian la IVC en estadios precoces de la enfermedad cabe destacar los de Bradbury [20]. También puede ser discutible la clasificación elegida (CEAP, 1995) [10] y no otras más clásicas, o bien que no haya datos sobre las clases CEAP 5 y 6. No obstante, en la actualidad, esta clasificación ha ganado

adeptos y nos pareció que era compatible con los objetivos del estudio RELIEF.

El perfil de un paciente español con IVC clase 0-4 sería una mujer de mediana edad (46 años), de 67 kg de peso para una altura de 163 cm, sin hábitos de interés, trabajador a media jornada, sin enfermedades asociadas ni tratamientos concomitantes y con antecedente familiar de enfermedad venosa. El grupo mayoritario de pacientes que acuden al médico pertenece a la clase 2 CEAP (varices), que llevan 15 años refiriendo síntomas sin que haya habido en la mayoría (65%) de los casos intento de diagnóstico y de tratamiento.

Los síntomas de hinchazón, pesadez y calambre se han asociado tradicionalmente a la IVC; sin embargo, en nuestro estudio, como en otros, esta relación es muy débil. De hecho, estos síntomas son muy frecuentes en la población en general. Muchos pacientes sintomáticos tienen poca o nula evidencia de enfermedad crónica venosa, mientras que enfermos con varices son asintomáticos. Todas estas incógnitas plantean problemas de tipo asistencial. La limitada evidencia que soporta que estos síntomas son atribuibles a enfermedad venosa, aun en presencia de varices, hace que debamos ser cautos para indicar terapias intervencionistas. Contrariamente, muchos estudios observacionales muestran que la intervención representa en la mayoría de los casos una mejor calidad de vida como consecuencia de la disminución/desaparición de sus síntomas.

Con la finalidad de elucidar mejor esta relación entre síntomas y patología venosa, se valoró la existencia de reflujo venoso mediante Doppler de bolsillo. La fiabilidad del Doppler es, sin duda, un elemen-

to de discusión. No obstante, Bradbury [21], mediante el examen con eco-Doppler (de alta sensibilidad y especificidad), tampoco demostró una relación estrecha entre síntomas y existencia de reflujo. Por lo tanto hay que suponer que otras enfermedades pueden producir síntomas que tradicionalmente se han atribuido en exclusiva a la IVC. La existencia de un amplio grupo de pacientes (52,7% de la muestra) portadores de síntomas y signos de IVC, sin ningún tipo de reflujo venoso, abonan esta hipótesis. Tradicionalmente asociamos el reflujo y la insuficiencia valvular con la sintomatología del paciente, en este estudio se demuestra que la relación síntomas/reflujo no es una relación directa. En otro orden de conceptos, el hecho de que los criterios de exclusión fuesen tan estrictos (se excluyeron 152 enfermos), incluyendo antecedentes de esclerosis, trombosis o cirugía venosas, puede haber eliminado a un buen grupo de enfermos con patología venosa.

En el trabajo de Bradbury [21] se estudia la población general mediante eco-Doppler, y se demuestra que sólo ciertos síntomas se relacionan con reflujo, siendo la relación más sólida la que existe en hombres con reflujo del sistema venoso profundo y superficial. No debe sorprender por lo tanto que la incorporación de un test funcional como la fotopletismografía, a pesar de su baja sensibilidad y especificidad, no haya aportado más información, ya que la mayoría de la población estudiada son mujeres y con reflujo en el sistema venoso superficial. Además, la fotopletismografía no sólo no se practicó en todos los enfermos, sino que no fue concluyente en más del 30% de los casos. Como ya expuso Nicolaides

[22], el espectro sintomatológico de la IVC es enormemente variado y, como señala dicho autor, para llegar a un diagnóstico más fiable es obligatorio la realización de un examen muy detallado del enfermo.

La cuantificación de los síntomas (hinchazón, pesadez, calambres y dolor) y signos (edema) de la IVC no muestra diferencias significativas entre los dos grupos, con y sin reflujo, salvo en el perímetro maleolar. Curiosamente, las mediciones son superiores en el grupo sin reflujo. Si es lógico suponer que la circunferencia debería ser superior en el subgrupo con reflujo, el menor perímetro en los pacientes con reflujo puede contribuir a la hipótesis de la inclusión de población con otras patologías, que emulan un síndrome de IVC. Todos estos datos nos llevan a la conclusión de la necesidad de efectuar un diagnóstico individualizado clínico y hemodinámico en cada paciente.

Quizás uno de los aspectos menos estudiado en relación con la IVC sea la calidad de vida. Y, en este sentido, su inclusión en el presente estudio lo hace novedoso. En 1978 la OMS definió la salud como 'un estado de completo bienestar físico, mental y social'. El método tradicional, por el cual la enfermedad se evaluaba sólo en función de indicadores objetivos, ha cambiado actualmente mediante la valoración de indicadores tanto objetivos como subjetivos. Es decir, se incorpora la percepción de los pacientes sobre su propio bienestar como baremo de calidad de vida. Launois [13] ha desarrollado y validado en Francia la primera escala de calidad de vida específica para la IVC, donde se destacan las cuatro dimensiones de la calidad de vida de los

pacientes con IVC: física, psicológica, social y dolor. Launois aplica el método recomendado por Guyatt [23], según el cual, en los estudios epidemiológicos, hay que medir la calidad de vida específica de la enfermedad que se investiga. En nuestro estudio hemos traducido al castellano el cuestionario de calidad de vida para la IVC denominado CIVIQ. Por otro lado, con una puntuación global de 66,4 global (sobre un óptimo de 100), es evidente que los pacientes españoles, con signos de IVC e incluidos en el estudio, presentaban una calidad de vida mermada por la patología. Task Force [1], al revisar los estudios de calidad de vida en patología venosa, sólo encuentra ocho estudios y, de entre los específicos para patología venosa, únicamente CIVIQ es específico para la IVC.

Esta misma puntuación de 65,1 fue la media obtenida a nivel internacional, lo que indica que este cuestionario de Launois puede aplicarse a distintos países y con diferentes idiomas, es decir, hemos validado esta gradación de calidad de vida específico para la IVC en España.

En resumen podemos concluir por el presente estudio que:

1. Puede haber ausencia de reflujo venoso en pacientes con IVC.
2. La IVC, con o sin reflujo, puede producir no sólo síntomas, sino que también disminuye la calidad de vida estos pacientes.
3. La adaptación del cuestionario CIVIQ demuestra una excelente reproducibilidad y validez en diferentes idiomas, entre ellos el español.

INVESTIGADORES RELIEF POR CC.AA.

Andalucía: V. Ibáñez (Almería), M. Rodríguez Piñeiro (H. Universitario Puerta del Mar, Cádiz), A. Chacón (H. Reina Sofía, Córdoba), L.M. Salmerón (H. Universitario, Granada), B. Méndez (H. Juan Ramón Jiménez, Huelva), G. Cobo (Policlínica de Jaén), R. Gómez Medialdea (H. Virgen de la Victoria, Málaga), R. Merino (H. Virgen de la Victoria, Málaga), J.M. López Martínez (H. Virgen de Valme, Sevilla).

Aragón: V. Pobo (H. Miguel Servet, Zaragoza).

Asturias: L.J. Álvarez Fernández (H. Central), J. Rodríguez Olay (H. Central), J. Pacho (H. Virgen de Covadonga).

Baleares: F. García Morales (H. Son Dureta), J. Juliá (H. Son Dureta).

Canarias: J.L. Pérez Burkhardt (H. Universitario de Tenerife).

Castilla-León: J. Mateos (H. General Yagüe, Burgos), R. Fernández Samos (León), A. Almazán (H. Universitario, Salamanca), J.R. Larrañaga (Valladolid).

Cataluña: A. Bonell (H. Cruz Roja, Hospitalet de Ll., Barcelona), O. Lapiedra (H. Cruz Roja, Hospitalet de Ll., Barcelona), J. Jubert (H. Cruz Roja, Hospitalet de Ll., Barcelona), E. Estadella (C. Medicina Vascular, Barcelona), C. García Madrid (H. General de Granollers), J. Grau (H. de Manresa), F. Guiu (H. Arnau de Vilanova), F. Quintana (Clínica Alianza de Sabadell), F. Latorre (H. de Tarrasa), O. Pastor (H. de Tarrasa), M.ª R. Ramírez (H. de Tarrasa), J. Marinello (Consorcio Sanitario Mataró), J.M.ª Masoni (Reus), R. Téllez (H. General de Vic), P. Muñoz Casadevall (Girona).

Extremadura: G. Collado (H. Infanta Cristina, Badajoz).

Galicia: E. Ramos Gato (H. General de Galicia, Santiago), J.M.ª García Colodro (H. Xeral, Lugo), P. Sánchez Díaz (H. Xeral, Lugo), D. Fernández Mariño (H. Xeral-Cies, Vigo).

Madrid: T. Cervera (H. Gregorio Marañón), A. Galindo (Clínica Galaxia), J.M. Ligeró (H. Gómez Ulla), P. Portellano (H. Gómez

Ulla), J.M. Nuche, J. Ocaña (H. Ramón y Cajal), E. Puras (H. Ramón y Cajal), S. Sánchez Coll, B. Torrón (H. La Paz). Murcia: F. Abadía, J. Batanero.

Navarra: M. Urquía (H. de Navarra).

País Vasco: I. Ojeda (H. de Álava), A. Velasco (H. Civil de Basurto).

Valencia: J.B. Orozco (Castellón), J.I. Blanes (H. Dr. Peset, Valencia), J.I. Crespo (H. Dr. Peset, Valencia), F. Gómez Palones (H. Dr. Peset, Valencia), I. Martínez Perelló (H. Dr. Peset, Valencia), E. Recio (H. de Sagunto), E. Tejerina (H. Clínico de Valencia), J. Todolí (H. General Universitario, Valencia).

Bibliografía

1. The Task Force. 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.
2. Ruckley CV. Socio-economic impact of chronic venous insufficiency and leg ulcers. In Negus D, et al, eds. Springer. *Phlebology* 1995; 2 (Suppl 1): 1107-9.
3. Franks PJ, Wright DDL, Mc Collum CN. Epidemiology of venous disease: a review. *Phlebology* 1989; 4:143-151.
4. Callam M. Prevalence of chronic leg ulceration and severe chronic venous disease in Western countries. *Phlebology* 1992; (Suppl 1): 6-12.
5. Launois R, Reboul-Marty J, Henry B. Construction d'un indicateur spécifique de qualité de vie: Le cas de l'insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs. *J Econ Med* 1994; 12: 109-26.
6. Launois R. Construction and validation of a specific health-related quality of life questionnaire in chronic venous insufficiency on everyday life. *Angiology* 1994; 45: 495-504.
7. Dormandy J. Microcirculation in venous disorders: The role of the white blood cells. *Int J Microcirc Clin Exp* 1995; 15 (Suppl 1): 3-8.
8. Jantet G. RELIEF Study: First Consolidated European Data. *Angiology* 2000; 51: 31-7.
9. Porter JM, and International Consensus Committee on Chronic Venous Disease. Reporting standards in venous disease: An update. *J Vasc Surg* 1995; 21: 635-45.
10. Classification and grading of chronic venous disease in the lower limbs. A consensus statement. *Phlebology* 1995; 10: 42-5.
11. Bérard A, Kurtz X, Zuccarelli F, Abenhaim L and The Veins Group. Reliability study of the Leg-O-Meter® in patients suffering from venous insufficiency of lower limbs. In Negus D, et al, eds. *Phlebology* 1995; 1 (Suppl 1): 295.
12. Gobin JP, Hiltbrand B, Perrin M. Intérêt de la photopléthysmographie dans le diagnostic de l'insuffisance veineuse profonde. *J Mal Vasc* 1992; 17: 117-20.
13. Launois R. Construction and validation of a specific health-related quality-of-life questionnaire in chronic venous insufficiency. *Qual Life Res* 1995; 4: 572-3.
14. Jiménez Cossío JA. Epidemiología de las enfermedades vasculares periféricas. *Angiología* 1975; 27: 97-104.
15. Raso AM. Elementos básicos para el estudio epidemiológico de las enfermedades venosas. *Angiología* 1977; 29: 228-31.
16. Jiménez Cossío JA, Viver Manresa E, Rodríguez Mori A, Oliver Yáñez S. Estudio epidemiológico de varices en una población laboral de 512 individuos. *Med Clin (Barc)* 1977; 69: 415-9.
17. Rosato EG, Romeo S, Chiarenza S, Graso A. Enfermedad varicosa de los miembros inferiores: análisis de los más habituales factores predisponentes bajo una muestra de 589 pacientes de Sicilia oriental. Estudio retrospectivo. *Angiología* 1990; 2: 71-4.
18. Hermoso V, Minguela F, Magallón P, Hernández A, Sáez L, et al. Estudio socioeconómico de las enfermedades venosas. *Angiología* 1988; 6: 203-5.
19. Peñafiel R, García V, Moreno F, González JF, Ros E. Estudio angiogeriátrico Granada-90 (primera parte). *Angiología* 1991; 5: 191-6.
20. Bradbury A, Evans C, Allan P, Lee A, Ruckley CV, Fowkes FGR. What are the symptoms of varicose veins? Edinburgh vein study cross sectional population survey. *Br Med J* 1999; 318: 353-6.
21. Bradbury A, Evans C, Allan P, Lee A, Ruckley CV, Fowkes FGR. The relationship between lower limbs symptoms and superficial and deep venous reflux on duplex ultrasonography: The Edinburgh Vein Study. *J Vasc Surg* 2000; 32: 921-31.
22. Nicolaides AN. Venous disease and phlebotherapy. *Phlebology* 1992; (Suppl 2): 1-3.
23. Guyatt GH, Bombardier C, Tugwell PX. Measuring disease specific quality of life in clinical trials. *Can Med Assoc J* 1986; 134: 889-95.

**LA INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA
EN ESPAÑA. ESTUDIO
EPIDEMIOLÓGICO RELIEF**

Resumen. *Objetivos. Recoger datos epidemiológicos sobre la insuficiencia venosa crónica (IVC), valorar la existencia de reflujo venoso y determinar la calidad de vida de estos pacientes. Pacientes y métodos. Estudio epidemiológico transversal, prospectivo y multicéntrico. Se incluyen 482 pacientes con IVC (CEAP 0-4). Parámetros analizados: historia clínica, constantes, sintomatología clínica (dolor-escala analógica visual-, hinchazón, pesadez y calambres), perímetro de la pantorrilla (Leg-O-Meter®), estadio clínico (clasificación CEAP), existencia de reflujo venoso (Doppler de bolsillo) y calidad de vida (cuestionario CIVIQ). Resultados. En los pacientes con reflujo venoso (254) fue más frecuente la presencia de varices ($p < 0,001$) y complicaciones ($p < 0,001$), y estos pacientes presentaron estadios CEAP más avanzados ($p < 0,001$) respecto del subgrupo sin reflujo. Por el contrario, en este último (228) hubo un mayor número de mujeres ($p < 0,01$), una menor duración en años de la IVC ($p < 0,01$) y un perímetro maleolar más elevado ($p < 0,05$). El resto de parámetros no fue significativo. La calidad de vida global de los pacientes afectados de IVC fue de 66,4 sobre 100, y el dolor fue la dimensión más afectada ya que alcanzó una puntuación basal de 54,6. Conclusiones. El presente estudio ha objetivado y cuantificado cómo la IVC (con/sin reflujo venoso) provoca no sólo una sintomatología, sino que también disminuye la calidad de vida de estos pacientes. [ANGIOLOGÍA 2001; 53: 5-16]*

Palabras clave. *Calidad de vida. Epidemiología. Insuficiencia venosa crónica. RELIEF.*

**A INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÓNICA
EM ESPANHA.
ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO RELIEF**

Resumo. *Objectivos. Recolher dados epidemiológicos sobre a insuficiência venosa crónica (IVC), avaliar a existência de reflujo venoso e determinar a qualidade de vida destes doentes. Doentes e métodos. Estudo epidemiológico transversal, prospectivo e multicêntrico. Foram incluídos 482 doentes com IVC (CEAP 0-4). Parâmetros analisados: história clínica, constantes, sintomatologia clínica (dor-escala analógica visual-, edema, sensação de peso, câimbras), perímetro da perna (Leg-O-Meter®), estágio clínico (classificação CEAP), existência de reflujo venoso (Doppler de bolso) e qualidade de vida (questionário CIVIQ). Resultados. Nos doentes com reflujo venoso (254), foi mais frequente a presença de varizes ($p < 0,001$) e complicações ($p < 0,001$), e estes doentes apresentaram estádios CEAP mais avançados ($p < 0,001$) relativamente ao subgrupo sem reflujo. Pelo contrário, neste último (228) registou-se um maior número de mulheres ($p < 0,01$), uma menor duração em anos da IVC ($p < 0,01$) e um perímetro maleolar mais elevado ($p < 0,05$). Os restantes parâmetros não foram significativos. A qualidade global de vida dos doentes afectados por IVC foi de 66,4%, e a dor foi a dimensão mais afectada, já que atingiu uma potência basal de 54,6. Conclusões. O presente estudo objectivou e quantificou de que forma a IVC (com/sem reflujo venoso) provoca não só sintomatologia, como também diminui a qualidade de vida destes pacientes. [ANGIOLOGÍA 2001; 53: 5-16]*

Palavras chave. *Epidemiologia. Insuficiência venosa crónica. Qualidade de vida. RELIEF.*