

Factores epidemiológicos de la insuficiencia venosa crónica en una zona básica de salud

M.A. Palomino-Medina^a, P.J. Tárraga-López^b, D. García-Olmo^c,
J.A. Rodríguez-Montes^f, A.V. Robayna-Elvira^d, M. López-Cara^c

EPIDEMIOLOGICAL FACTORS OF CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY IN A BASIC HEALTH DISTRICT

Summary. Aims. The purpose of this study was to evaluate the relationship between the different epidemiological factors and chronic venous insufficiency (CVI) in a basic primary health care district (BHD). Patients and methods. Our study examined the cases of 4,857 patients registered in the BHD of Valverde del Júcar, in the province of Cuenca. A sample of 477 patients was selected on the basis of three high risk groups: a group of professional carpenters, a group of housewives and a group of pensioners, who were sought by giving out information on the subject, contacting leaders of the groups and by visiting different workplaces. The study was conducted over a six-month period. Results. 477 people were included in the first visit, of which 352 finished the study at that stage because they failed to satisfy CVI criteria (CEAP CVI classification). In all, 125 people were diagnosed as suffering from CVI, and this was confirmed by Doppler ultrasound tests. The proportion of males to females was 3:2; mean age was 41.20 ± 15.28 years for males and 53.31 ± 19.11 years for females; both males and females had occupations that involved spending most of their time on foot. The most frequent risk factors for CVI were: a high risk profession (90.4%), overweight (76.8%) and previous cases in the family. Conclusions. A statistically non-significant association between suffering from CVI and the epidemiological factors was observed. [ANGIOLOGÍA 2004; 56: 445-57]

Key words. Chronic venous insufficiency. Epidemiology. High-risk groups. Primary health care. Risk factors.

^a Médico de Atención Primaria. Cardenete, Cuenca.

^b Médico de Atención Primaria. Zona 6 de Albacete.

^c Médico de Atención Primaria. Casa de Juan Núñez. Albacete. ^d Profesora de Economía. Albacete. ^e Profesor titular de Cirugía. ^f Catedrático de Cirugía. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, España.

Correspondencia:

Dr. Miguel Ángel Palomino Medina. Centro de Salud de Cardenete. Iglesia, 1. E-16373 Cardenete (Cuenca). Fax: +34 969 348 210. E-mail: arobayna@telefonica.net

Este artículo forma parte de una tesis doctoral realizada en el Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid; leída el 19 de diciembre de 2003, obtuvo la calificación de sobresaliente cum laude por unanimidad.

© 2004, ANGIOLOGÍA

Introducción

La insuficiencia venosa crónica (IVC) [1-24] de las extremidades inferiores es el funcionamiento anómalo del sistema venoso causado por incompetencia valvular venosa, asociada o no con obstrucción al drenaje venoso. La Unión Internacional de Flebología define la IVC como los cambios producidos en las extremidades inferiores resultado de la hipertensión venosa prolongada, con

inclusión entre ellos de la pigmentación, el eccema y las úlceras. Es una enfermedad de evolución crónica, con gran prevalencia y con importantes implicaciones socioeconómicas, debido al número de bajas laborales, ingresos hospitalarios y tratamientos que comporta. La alta incidencia constituye un importante problema en países desarrollados.

El objetivo del estudio ha sido valorar la relación de los diferentes factores epidemiológicos con la IVC.

La población de la Zona Básica de Salud (ZBS) de Valverde del Júcar se convierte en objeto de estudio, dedicada mayoritariamente a la carpintería. Esta profesión se ejerce generalmente de pie; en este sentido, se trata de establecer una correlación entre esta actividad laboral y la incidencia de la IVC.

Pacientes y métodos

El censo de población de 1996 ofrece una población para la ZBS de Valverde del Júcar de 4.857 habitantes, lo que representa un 2,41% del total de habitantes de la provincia de Cuenca. Formada por nueve municipios: Valverde del Júcar, Las Valeras, Piqueras del Castillo, Villaverde y Pasaconsol, Albaladejo del Cuende, Hontecillas, Buenache de Alarcón, Olmeda de Rey y Parra de las Vegas.

El municipio de Las Valeras lo forman Valera de Abajo, con 1.357 habitantes, y Valeria, con 86. Sólo dos núcleos de población superan los 1.000 habitantes, Valverde del Júcar y Valera de Abajo. La razón estriba en las condiciones del mercado laboral, población mayoritariamente dedicada a la carpintería; es precisamente la actividad laboral la que determinaría la concentración de la población en estos dos núcleos poblacionales. El Centro de Salud se encuentra ubicado en Valverde del Júcar; la distancia del resto de municipios al Centro de Salud varía entre los 10 km de Villaverde y Pasaconsol, Hontecillas y Valera de Abajo y los 25 km de la Parra de las Vegas.

La pirámide de población de la ZBS de Valverde del Júcar muestra lo siguiente:

- Una base estrecha, consecuencia de la progresiva caída de la natalidad durante las dos últimas décadas.
- Un ensanchamiento en los grupos de población de adultos jóvenes.
- Una importante escotadura en el grupo de 40-59 años de edad, correspondiente a la caída de natalidad de la posguerra civil y la emigración de los años 50 y 60.
- Una cúspide ancha, reflejo de la baja mortalidad general y del progresivo envejecimiento de la población.

Difusión de la campaña

Sobre la base del conocimiento de la ZBS de Valverde del Júcar, debida al ejercicio profesional como médico de Atención Primaria en esta ZBS, comienza esta investigación; los pacientes se seleccionaron en torno a tres grupos de interés: el grupo profesional de carpinteros, al que se visita en los centros de trabajo; el grupo de amas de casa, considerado decisivo en la asistencia y continuidad del estudio, en tanto que son ellas las que influyen de forma significativa en la salud de la familia; mediante llamada telefónica a las presidentas de amas de casa o carteles anunciadores bastaron para apreciar la colaboración necesaria; las mismas consideraciones merecen el grupo de jubilados, mediante llamada telefónica a los presidentes de los hogares de pensionistas o carteles anunciadores mostraron el interés debido; es justo decir que la población se mostró muy receptiva y colaboradora.

Pacientes objeto de estudio

El tamaño de la muestra se calcula sobre la población mayor de 18 años, teniendo en cuenta la incidencia de la enfermedad con un nivel de confianza del 95% ($\alpha = 0,05$). El estudio comienza con la primera visita en el mes de marzo de 2002 (visita DO), prosigue con la segunda visita en el mes de junio (visita D60) y finaliza con la tercera visita en el mes de septiembre de 2002 (visita D180) [25-33].

Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes diagnosticados de IVC en la primera visita (visita DO), a los que se ha prescrito un tratamiento específico para la IVC en esta misma visita.
- Pacientes diagnosticados de IVC con anterioridad a la visita DO, sin tratamiento específico para la IVC, que vayan a iniciarlo en DO.
- Pacientes diagnosticados de IVC con anterioridad a la visita DO, con tratamiento en curso por IVC, a los que a criterio del investigador se decida modificar su tratamiento actual.

Criterios de exclusión

- Menores de 18 años.
- Mujeres embarazadas.
- Pacientes tratados con diuréticos y/o cualquier tratamiento modificador del edema.
- Paciente no colaborador con la recogida de la información.
- Pacientes que no vayan a poder acudir a las visitas de seguimiento D60 y D180.
- Siempre que el médico investigador

considere desaconsejable la participación del paciente en el estudio.

Esquema y duración del estudio

La duración total del estudio sería de 6 meses en la ZBS de Valverde del Júcar, con las correspondientes visitas ya mencionadas; visita inicial (visita DO), visita a los 60 días (visita D60) y visita final a los 180 días (visita D180) mediante el protocolo dirigido DDTCV, detección, diagnóstico, tratamiento y calidad de vida de la IVC.

Visita DO (Visita 1-Día 0)

La visita de inclusión incluye un cuestionario epidemiológico en el que se refleja lo siguiente: fecha y hora de la consulta, identificación del paciente (nombre, sexo, edad) y factores de riesgo (FR). Se consideran FR, además del sexo y la edad:

- *Antecedentes familiares.* El riesgo se duplica cuando uno de los progenitores padece o ha padecido varices, y llega a triplicarse en caso de afectar a los dos progenitores. La historia familiar de varices se presenta en el 80-100% de los casos.
- *Antecedentes de trombosis venosa.* Referido a antecedentes personales.
- *Sobrepeso.* Se constata si el paciente presenta un peso superior al deseable de acuerdo a la clasificación del estado nutricional según el índice de masa corporal (IMC): normal (20-25); sobrepeso (25,1-26,9); obesidad (grado I = 27-29,9; grado II = 30-40, y grado III > 40).
- *Embarazos.* El embarazo supone FR que desencadenan o aceleran la pro-

gresión de la IVC. Los elevados niveles de progesterona son responsables de los signos y síntomas de IVC que aparecen en el primer trimestre de gestación. El otro factor reconocido es puramente mecánico; la presión del útero grávido sobre las venas pélvicas y el aumento de la presión sanguínea.

- *Tratamiento hormonal.* Los anticonceptivos orales y la terapia hormonal sustitutiva pueden representar un FR para la IVC y sus complicaciones tromboembólicas.
- *Profesión de riesgo.* Las profesiones que implican largos períodos de bipedestación o en posición sentada, así como exposición al calor (carpinteros, amas de casa, cocineros, etc.). Si se tiene en cuenta la idiosincrasia de las profesiones aquí reflejadas, se pueden expresar desde el punto de vista de la posición del paciente a lo largo de su jornada laboral de forma mayoritaria; es decir, un ‘camionero’, a lo largo de sus horas de trabajo, principalmente ejercerá su actividad en posición sentado, mientras que una ama de casa o un carpintero lo harán de pie, principalmente.
- *Vida sedentaria.* La ausencia de actividad física, sedentarismo, puede favorecer la estasis venosa.

Si el paciente manifiesta síntomas y signos clínicos compatibles con IVC (pesadez de piernas, dolor, parestesias, sensación de quemazón, piernas inquietas, hinchazón al final del día, cambios tróficos, prurito, calambres nocturnos, varículas, varices, enrojecimiento de la piel, edema

constante, úlcera venosa) se le pide que valore sus síntomas de acuerdo a una escala de cuatro puntos: 0 = ausente, 1 = moderado, 2 = importante, 3 = grave.

Se examinan los miembros inferiores del paciente para hacer constar si presenta varículas, varices, edemas, cambios tróficos, úlcera venosa activa o úlcera venosa cicatrizada.

Llegados a este punto, únicamente seguirán en el estudio los pacientes que presenten IVC, para los cuales se recogen los siguientes ítems, según la clasificación CEAP de la IVC:

- *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.
- *Clase 6:* cambios tróficos con úlcera activa.

Se hace constar si el paciente se había diagnosticado previamente de IVC, si está bajo tratamiento actualmente y, en caso afirmativo, si éste va a modificarse en esta visita DO. Aquellos pacientes en los que el tratamiento no se modifica, no se incluirán en el estudio.

En el caso de que el paciente presente IVC y no tuviera tratamiento, se instaura el más oportuno para tratar esta patología. Si al paciente se le prescribe un tratamiento para la IVC, se le cita para dos meses después de esta visita. Además, se solicita al paciente para

cumplimentar el cuestionario de otros datos: nombre, profesión y horas de pie, tensión arterial, peso, talla, IMC y frecuencia cardíaca.

Visita D60 (a los 2 meses del inicio del tratamiento)

Únicamente accederán a esta visita los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión ya referidos. Se cumplimenta en esta visita lo siguiente:

- Fecha.
- El cumplimiento del tratamiento, el cumplimiento de las medidas terapéuticas antiectásicas, así como los tratamientos higienicodietéticos y posturales se contestan en forma de sí o no.
- Valoración de los síntomas por el paciente (igual que en DO de acuerdo a la misma escala de valoración, escala de cuatro puntos).
- Examen clínico actual (el mismo procedimiento que en DO).
- Diagnóstico clínico actual: clasificación CEAP de la IVC; el estadio clínico de la IVC puede modificarse a lo largo de los 6 meses de estudio; es por este motivo por el que se realiza una nueva clasificación diagnóstica en esta visita.

Si el tratamiento para la IVC sigue su curso, se cita al paciente 4 meses después de esta visita; el paciente continúa con el tratamiento prescrito hasta la visita D180. En el caso de que el paciente abandone el estudio, se indica la causa.

Visita D180 (a los 6 meses del inicio del tratamiento)

Se cumplimenta con los pacientes que

continúan con el tratamiento para la IVC, lo siguiente:

- Fecha.
- Cumplimiento del tratamiento (igual que en D60).
- Valoración de los síntomas por el paciente (igual que en DO).
- Examen clínico actual (mismo procedimiento que en DO).
- Diagnóstico actual: clasificación CEAP de la IVC.

En caso de que el paciente abandone el estudio se indica la causa; además, se cumplimenta la evaluación final de la eficacia y de la aceptabilidad del tratamiento, por parte del paciente y del propio investigador.

Recursos materiales

- Espacios especialmente habilitados en cada uno de los talleres de carpintería, para las diferentes visitas del estudio.
- Espacios habilitados en los hogares de jubilados en las diferentes localidades.
- Espacios habilitados en las asociaciones de amas de casa, fundamentalmente en Valera de Abajo, Valverde del Júcar, Buenache de Alarcón y Albaladejo del Cuende.
- Despacho de la asistente social en Villaverde y Pasaconsol.

Instrumental

Se utiliza en la visita final la prueba diagnóstica de confirmación con Doppler de bolsillo de 5 MHz, que consta de un oscilador o transductor, que puede variar en frecuencia de 2-10 millones de

ciclos por segundo; hace que un cristal piezoeléctrico en una sonda de mano emita un haz de ultrasonidos de frecuencia F; este haz penetra en los tejidos a través de un gel acústico aplicado a la piel, para confirmar el diagnóstico evaluando reflujos en los sistemas venoso profundo (SVP) y superficial (SVS); se definió la prueba como positiva, cuando al efectuar compresión proximal o maniobra de Valsalva se auscultaba/registraba en la zona troncular del SVS y SVP una onda negativa evidente (no se tuvo en cuenta la duración). El explorador se adiestró en el Servicio de Cirugía Vascular del Complejo Hospitalario Clínico Universitario de Albacete.

Las variables se recogen en una base estadística informática dBase IV y el análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v.11.

Resultados

Descripción de la muestra

Sexo y edad

La muestra final es de un total de 477 pacientes, 286 son varones (60,0%) y 191 mujeres (40,0%), con una edad media de $41,20 \pm 15,28$ años (IC 95%: 39,42-42,97 años) y $53,31 \pm 19,11$ años (IC 95%: 50,58-56,04 años), respectivamente.

Factores de riesgo de IVC

Los FR de IVC más frecuentes son la profesión de riesgo, con un 64,3% de los pacientes de la muestra, el sobrepeso, con un 61,4%, y los antecedentes familiares, con un 36,9% (Fig. 1).

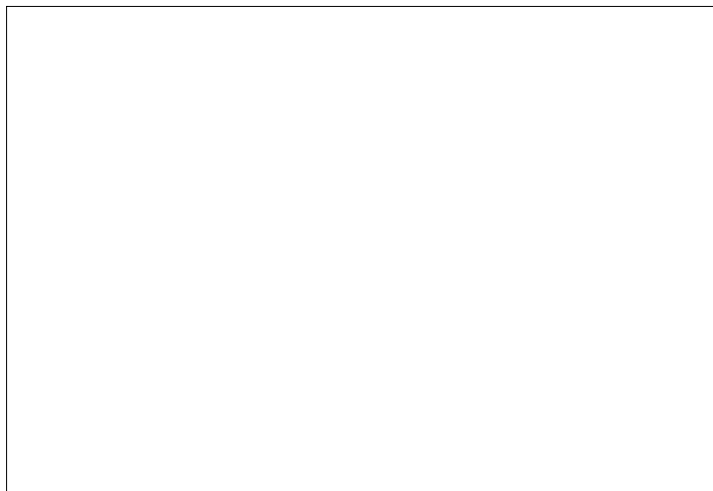


Figura 1. Porcentaje de factores de riesgo de IVC.

Si se tiene en cuenta el número de estos FR, se obtiene que 41,5% de los pacientes presentan dos de ellos, seguidos por los que presentan uno, con un 33,0%, tres factores con un 17,8%, ningún factor con un 6,2% y cuatro factores con un 1,5%.

Con relación a la profesión ($n = 477$ pacientes) existe: carpinteros 274 personas (57,4%), siendo 41 mujeres (14,96%) y 233 varones (85,03%), amas de casa (29,7%), pensionistas (6,4%), camioneros (1%), agricultores (1%) y otros (4,1%).

Examen clínico

Se observa que la presencia de varículas y varices fueron los aspectos más frecuentes de la exploración clínica de los pacientes de la muestra, con el 47,0 y 26,3%, respectivamente; no se presenta ningún caso de úlceras venosas ni cicatrizadas ni activas. Se cruzan estos resultados con la variable sexo, y se observa como se da mayor porcentaje de mujeres con varículas, varices y cambios

Tabla I. Examen clínico de la muestra: global y por sexo. Un grado de libertad en todos los contrastes.

	Global		Hombres		Mujeres		χ^2	Significación
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%		
Varículas	224	47	98	34,3	126	66	46,211	0
Varices	125	26,3	65	22,7	60	31,6	4,619	0,032
Edema	43	9	22	7,7	21	11	1,523	0,217
Cambios tróficos	46	9,6	14	4,9	32	16,8	18,483	0
Úlcera venosa cicatrizada	0	0	–	–	–	–	–	–
Úlcera venosa activa	0	0	–	–	–	–	–	–

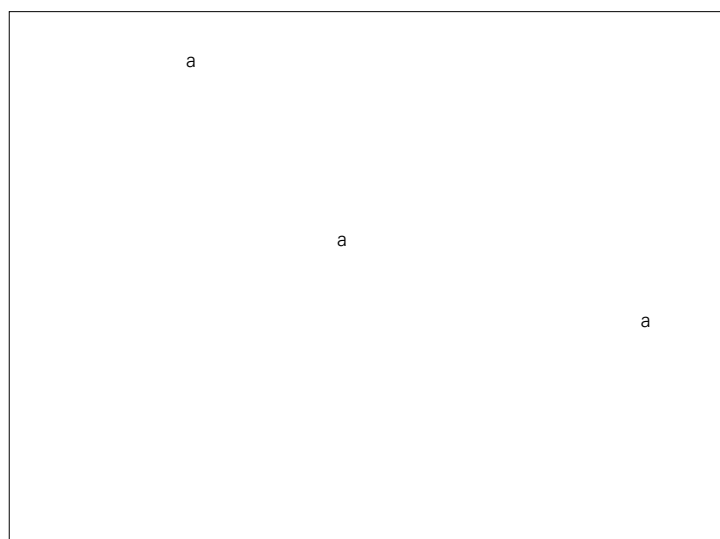


Figura 2. Examen clínico de la muestra: global y por sexo. ^a Significación entre sexos.

tróficos de forma significativa, tras aplicar la prueba de χ^2 de Pearson. (Tabla I, Fig. 2).

Insuficiencia venosa crónica

La clasificación de la IVC es del 63,4% de clase 0, seguida por el 20,8% de clase 1 y el 15,8% de clase 2, y no se diagnostica ninguno de clase 3 o mayor de acuerdo con la clasificación CEAP de la IVC.

Diagnóstico y tratamiento previo de la IVC

En la muestra de estudio, se obtienen 51 casos con diagnóstico previo de IVC (29,5%), con 304 casos sin respuesta para esta cuestión, así como 38 casos con tratamiento para la IVC al inicio del estudio (8,0%) con 305 casos sin respuesta.

En cuanto a la modificación del tratamiento, se encuentra con que en el 8,6% el tratamiento no se va a modificar, con lo que salen del estudio, y sólo en un caso se modifica su tratamiento (0,2%) y en 435 no se responde (91,2%); ello, si se relaciona con el diagnóstico de IVC, resulta que, del total de la muestra, a 125 se les va a realizar seguimiento en el tiempo (26,20%).

Tratamiento prescrito para la IVC

De los 477 pacientes de la muestra, se seleccionan (incluidos) 125 diagnosticados de IVC para realizar un seguimiento en el tiempo con tratamiento prescrito (26,20%) (Fig. 3).

Asimismo, se observa que el tratamiento más frecuente para estos pacien-

tes son las medidas higienicodietéticas y otras, con el 70,4% de los pacientes, seguido del tratamiento combinado de higienicodietéticas, flebotónicos y otros, en el 26,4% de estos pacientes (Fig. 4).

Cuando se relaciona el tratamiento con el diagnóstico CEAP, se observa que en la clase 1 de IVC predomina claramente el tratamiento combinado de medidas higienicodietéticas y otros. Sin embargo, en la IVC de clase 2 predomina el tratamiento combinado de medidas higienicodietéticas, flebotónicos y otros (Fig. 5).

Relación de los factores de riesgo en pacientes de seguimiento diagnosticados de IVC

- *Profesión.* En la muestra de pacientes en estudio ($n = 125$) existe una preponderancia de la profesión de carpintero (68,8%) y de ama de casa (20,0%) sobre todas las demás (Fig. 6). Se obtiene que el 90,4% de la muestra de seguimiento tienen una actividad laboral cuya posición a lo largo de su jornada es mayoritariamente ‘de pie’ (Fig. 7). Sin embargo, se observa una relación no significativa desde el punto de vista estadístico, entre la actividad profesional ejercida mayoritariamente de pie y la enfermedad ($\chi^2 = 0,027$, 1 gL, $p = 0,868$).
- *Parámetros relacionados con la tensión arterial.* En la muestra de pacientes se encuentra una media de presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD) relativamente baja (128,60/75,89 mmHg), correspondiente a una presión arterial (PA) de pacientes controlados.

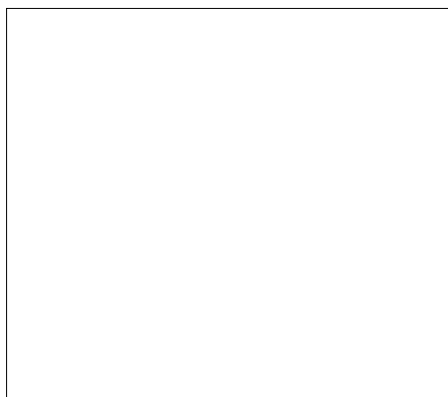


Figura 3. Pacientes diagnosticados de IVC con tratamiento prescrito.

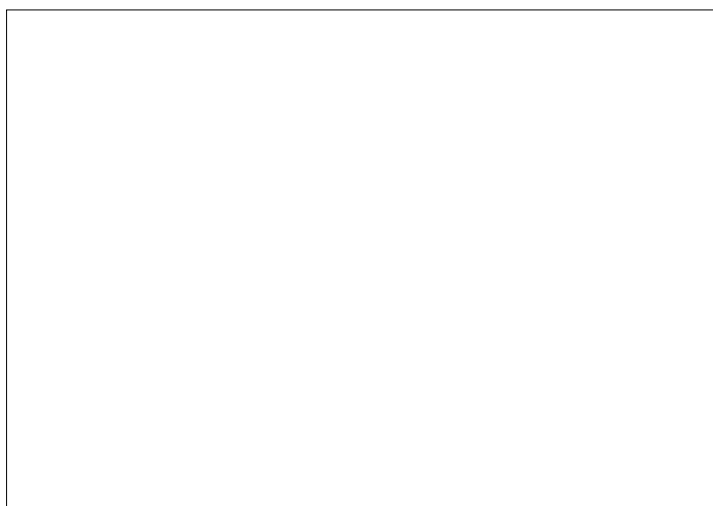


Figura 4. Tratamientos en los pacientes diagnosticados de IVC. H: higienicodietéticas; F: flebotónicos; O: otros (terapia flebológica tópica).

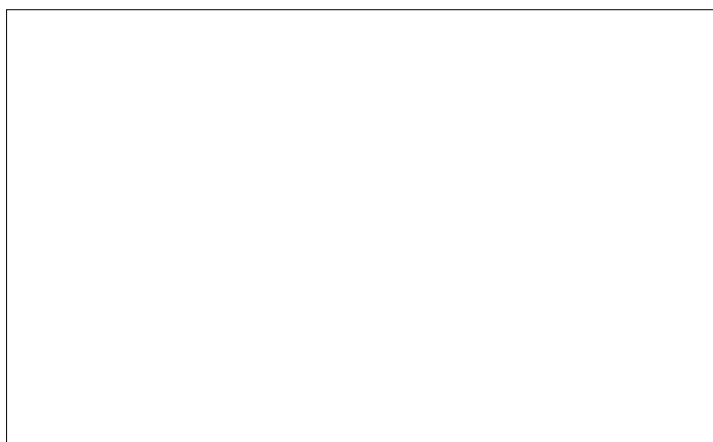


Figura 5. Tratamientos en los pacientes diagnosticados de IVC. H: higienicodietéticas; F: flebotónicos; O: otros (terapia flebológica tópica).

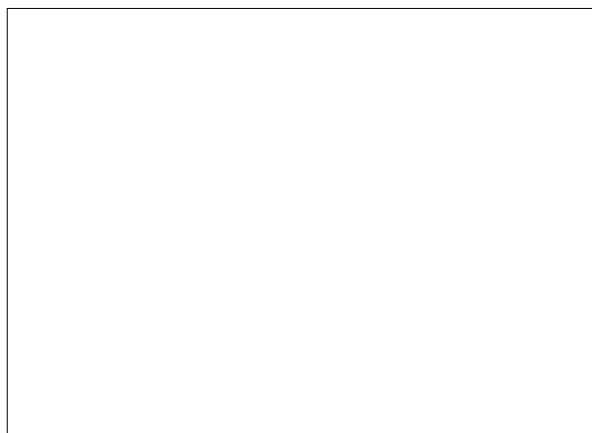


Figura 6. Porcentaje de profesiones en la muestra.

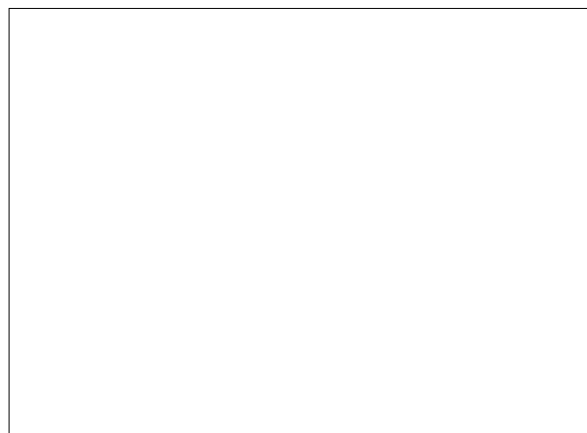


Figura 7. Porcentaje de posición del paciente que exige la actividad laboral de forma mayoritaria.

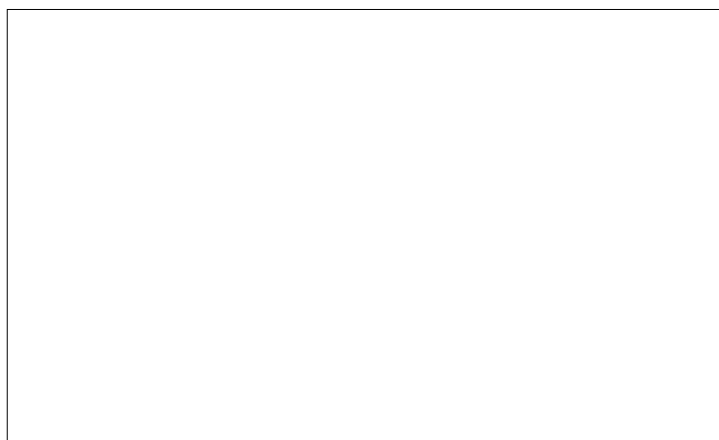


Figura 8. Medias \pm DE de la PAS, PAD, FC e IMC de los pacientes de seguimiento. FC: frecuencia cardíaca; IMC: índice de masa corporal.

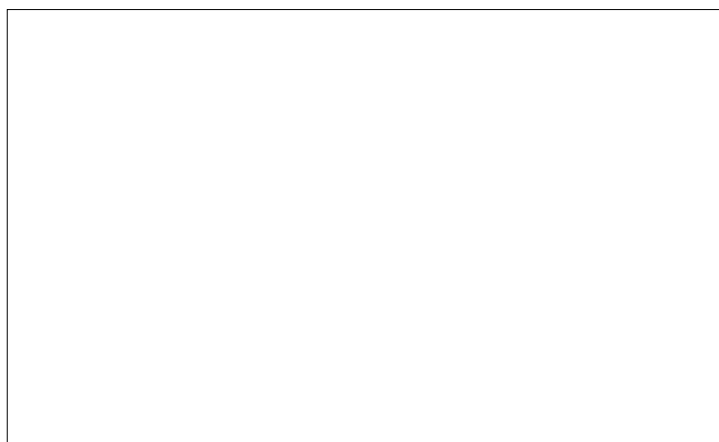


Figura 9. Porcentaje del control de la presión arterial en los pacientes de seguimiento.

Esto se verifica al recodificar los valores al límite de control menor de 140/90 mmHg; se encuentra que el 71,2% del total de pacientes de seguimiento tenían controlada la PAS, el 94,4% la PAD y, de forma global, son normotensos el 70,4% de los pacientes (Figs. 8 y 9). No existe una relación significativa entre la tensión arterial y el hecho de presentar la enfermedad.

- *Obesidad.* La media de IMC fue de $27,79 \pm 3,72 \text{ kg/m}^2$, la cual nos informa que el 26,4% de los pacientes son obesos, y constituye mayoritariamente obesidad de grado I (23,1%) (Fig. 10).

Si se cruza el diagnóstico (según la clasificación CEAP) de la IVC con el resultado de la obesidad (sí/no), se obtiene que el 30,7% de los pacientes sin obesidad se diagnostican de clase 2, frente al 42,4% de los pacientes obesos (Tabla II). Esta diferencia observada no resulta significativa ($\chi^2 = 1,477$, 1 gL, $p = 0,224$) con la prueba de Pearson.

Discusión

A la luz de los resultados de este estudio se podría afirmar que las características de la población diagnosticada de IVC estarían representadas por:

- Una población en su gran mayoría masculina (71,2%).
- Una población activa laboralmente que ejerce su actividad laboral mayoritariamente de pie (90,4%).
- Los FR más frecuentes en esta población son, por este orden: profesión de riesgo, sobrepeso y antecedentes familiares.

Sexo

Es frecuente considerar una incidencia mayor en el sexo femenino [3]; sin embargo, en nuestro estudio la relación hombre/mujer de la enfermedad se cifra en 2,4:1; del examen clínico se desprende la presencia, por este orden, de varículas, varices y cambios tróficos, como los signos más frecuentes en ambos sexos. Además, la presencia de estos tres signos son significativos estadísticamente en el sexo femenino; sin embargo, no siempre presentan una importante repercusión diagnóstica clínica.

Al respecto, Jiménez-Cossío considera la relación hombre/mujer prácticamente igual en ambos sexos, y se reafirma en el carácter asintomático con que cursa la enfermedad en un gran número de pacientes [3] y la escasa valoración que de ella hace el sexo masculino [34].

Profesión de riesgo

Si exceptuamos los estudios de Abramson [3], en Jerusalén, y de Pimat [3], en

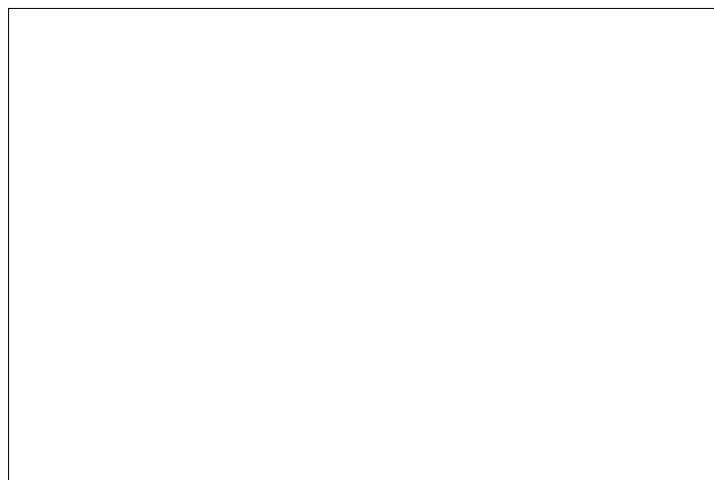


Figura 10. Porcentaje de obesidad en los pacientes de seguimiento.

Tabla II. Diagnóstico por obesidad (sí/no).

			Obesidad		Total
			No obeso	Obeso	
Clase 1	Recuento		61	19	80
	% de OBESREC		69,30%	57,60%	66,10%
Clase 2	Recuento		27	14	41
	% de OBESREC		30,70%	42,40%	33,90%
Total	Recuento		88	33	121
	% de OBESREC		100,00%	100,00%	100,00%

Yugoslavia, en el resto no se evidencia una correlación estadísticamente válida entre la incidencia de varices y la forma de trabajo. En este estudio se observa que la incidencia se relaciona con una actividad laboral mayoritariamente de pie (90,4%); consecuentemente, se podría admitir una correlación entre actividad laboral mayoritariamente de pie y la incidencia de la IVC en esta ZBS; no obstante, no se es concluyente al respecto, al observarse la inexistencia de

significación estadística entre la incidencia de la enfermedad y la profesión.

Obesidad

Este FR en relación con la IVC se ha recogido en numerosas publicaciones con resultados algunas veces contradictorios. Los resultados de Widmer, Jiménez-Cossío y Bobeck [3] no son concluyentes sobre este FR.

Sin embargo, el estudio Basilea II puso de manifiesto que la presencia de varices era significativamente más frecuente en mujeres con sobrepeso, hecho ratificado por publicaciones de la Clínica Mayo [1].

En este estudio se evidencia, por un lado, que la mitad de la población diagnosticada con IVC presenta sobrepeso y el 26,4% obesidad; es decir, un 76,8% de la población con IVC en esta ZBS presenta sobrepeso u obesidad. En este sentido se podría pensar en la existencia de una relación entre obesidad o sobrepeso e IVC. Por otro lado, se observa una mayor frecuencia de pacientes obesos diagnosticados de la clase II, pero este resultado no es significativo estadísticamente.

Por último, se podría apuntar que la obesidad como FR aislado no contribuiría de manera significativa a la incidencia de la enfermedad. Si bien pudiera colaborar en el desarrollo de la misma asociado a otros FR [1,11].

Antecedentes familiares

El factor hereditario familiar en la aparición de varices es sospechoso desde muy antiguo. Lacour [1] reconoce un antecedente familiar en más del 50% de los casos, pero son datos recogidos sin

rigor y, por tanto, muy cuestionado. En este mismo sentido se expresa Da Silva [1] en su trabajo de 1987. Otro estudio valioso es el realizado por Niermann sobre gemelos, que aportó datos concluyentes sobre la aparición y distribución de las varices [1].

En nuestro estudio referido a esta ZBS el factor hereditario aparece como el tercer FR por orden de importancia detrás de la profesión de riesgo y la obesidad. A tenor de lo observado en nuestro estudio, se pudiera pensar que un solo FR podría no ser determinante, pero la suma de FR colaboran en el desarrollo de la enfermedad.

Tensión arterial

En nuestro estudio, en esta ZBS se planteó relacionar parámetros unidos a la tensión arterial con la IVC. Se observa de manera global que el 70,4% de los pacientes son normotensos, por lo que cabría pensar en la inexistencia de relación entre los parámetros unidos a la tensión arterial y la incidencia de la IVC.

Al respecto, en Galicia, en 1986, Varela-Irigoia [11] tampoco encuentra una relación directa entre este FR y la IVC; sin embargo, en el País Vasco, en 1989, La Fuente et al [35] aprecian un nivel de significación estadística como FR de la IVC; asimismo, Izquierdo et al [14] concluyen que las cifras tensionales en los pacientes con IVC son superiores al grupo global.

En conclusión, no se evidencia una correlación estadísticamente significativa entre la incidencia de la enfermedad y la profesión de riesgo y la obesidad.

Bibliografía

1. Latorre J. Insuficiencia linfovenosa de los miembros inferiores. Barcelona: Edika Med; 1997. p. 4-203.
2. Jurado J, Güell J, Miralles L, Miquel C, Beltrán J, Arias A. Patología venosa de las extremidades inferiores. Barcelona: JR Prous; 1991. p. 1-135, 145-7.
3. Jiménez-Cossío JA. Epidemiología de la enfermedad varicosa en el mundo. CD-Rom Medical. Madrid: Servicio Científico Servier; 1995.
4. Ulloa J. Flebología. Santaafé de Bogotá: Instituto de Investigación Servier de Francia; 1995. p. 13-119, 133-73.
5. Mateo-Gutiérrez AM. Venopatías y embarazo. Madrid: Servicio de Documentación Científica Faes; 1997.
6. Landaluce M, Gómez J, Capilla MT, Mira F, Masegoza A. Eco-Doppler en el diagnóstico de la insuficiencia venosa crónica. *Flebología* 1999; 14: 8-17.
7. Samaniego-Arriaga E. Insuficiencia venosa crónica de los miembros inferiores. Barcelona: Uriach; 1986.
8. Jiménez-Cossío JA, Insua EM. Conocimientos básicos de las enfermedades arteriales, venosas y linfáticas. Barcelona: Uriach; 1991.
9. Gesto-Castromil R. Encuesta epidemiológica realizada en España sobre la prevalencia asistencial de la IVC en Atención Primaria. DETECT-IVC. Madrid: Lab. Servier; 2000.
10. Pietravallo A. Insuficiencia venosa crónica profunda. Tratamiento médico farmacológico y quirúrgico. *Angiología* 1989; 41: 4-10.
11. Varela-Irigoia F. Estudio epidemiológico vascular. Análisis en 700 varones. Incidencia de las varices. *Angiología* 1986; 38: 247-67.
12. Abenham L. The management of chronic venous disorders of the leg: an evidence-based report of an International Task Force. *Phlebology* 1999; (Suppl 1): 14.
13. Partsch H. Proceedings update on chronic venous insufficiency: from epidemiology to management. *Angiology* 2001; (Suppl 1): 52.
14. Izquierdo JM, Sáez Y, Iriarte JA. Tensión arterial, lipidemia, glucemia y enfermedad venosa: estudio epidemiológico (V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia). *Rev Iberoam Tromb Hemost* 1989; (Supl 1): 73.
15. Cesarone MR, Belcaro G, Nicolaidis AN, Geroulakos G, Griffin M, Incandela L, et al. 'Real' epidemiology of varicose veins and chronic venous diseases: the San Valentino Vascular Screening Project. *Angiology* 2002; 53: 119-30.
16. Lionis C, Erevnidou K, Antonakis N, Argyriadou S, Vlachonikolis I, CVI Research Group, et al. Chronic venous insufficiency. A common health problem in general practice in Greece. *Int Angiol* 2002; 21: 86-92.
17. Fowkes FG, Evans CJ, Lee AJ. Prevalence and risk factors of chronic venous insufficiency. *Angiology* 2001; 52 (Suppl 1): S5-15.
18. Weingarten MS. State of the art treatment of chronic venous disease. *Clin Infect Dis* 2001; 32: 949-54.
19. Tuchsén F, Krause N, Hannerz H, Burr H, Kristensen TS. Standing at work and varicose veins. *Scand J Work Environ Health* 2000; 26: 414-20.
20. Nicolaidis AN, The Cardiovascular Disease Educational and Research Trust, The European Society of Vascular Surgery, The International Angiology Scientific Activity Congress Organization, The International Union of Angiology, The Union Internationale de Phlebologie at the Abbaye des Vaux de Cernay. Investigation of chronic venous insufficiency: a consensus statement (France, March 5-9, 1997). *Circulation* 2000; 102: 126-63.
21. Evans CJ, Fowkes FG, Ruckley CV, Lee AJ. Prevalence of varicose veins and chronic venous insufficiency in men and women in the general population: Edinburgh Vein Study. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53: 149-53.
22. Hobson J. Venous insufficiency at work. *Angiology* 1997; 48: 577-82.
23. De Backer G. Epidemiology of chronic venous insufficiency. *Angiology* 1997; 48: 569-76.
24. Vanhoutte PM, Corcaud S, De Montignon C. Venous disease: from pathophysiology to quality of life. *Angiology* 1997; 48: 559-67.
25. Gesto-Castromil R. Detección, diagnóstico, tratamiento y calidad de vida de la IVC en España. DDTCV. Madrid: Lab. Servier; 2002.
26. Ramelet AA, Monti M. *Phlebology*. The guide. Paris: Elsevier; 1999.
27. Porter JM, Moneta GL. Reporting standards in venous disease: an update. International Consensus Committee on Chronic Venous Disease. *J Vasc Surg* 1995; 21: 635-45.
28. DETECT-IVC. Monografía de resultados. Madrid: Laboratorio Servier; 2000.
29. Abenham L, Clément D, Norgren L. The management of chronic venous disorders of the leg: report of an international Task Force. *Phlebology* 1999; 14 (Suppl 1): 3-42.
30. Launois R, Reboul-Marty J, Henry B. Construction and validation of quality of life ques-

- tionnaire in chronic lower limb venous insufficiency (CIVIQ). *Quality Life Res* 1996; 5: 539-54.
31. Jantet G. RELIEF study: first consolidated European data. *Angiology* 2000; 51: 31-7.
32. Carrasco JL. El método estadístico en la investigación médica. 6 ed. Madrid: Ciencia 3; 1995.
33. Agencia Española del Medicamento. Circular n.º 4/2000. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000.
34. Los hombres con varices sólo acuden al médico cuando la patología está muy avanzada, según un experto. *Diario Médico*; 2000.
35. La Fuente P, Sáez-de la Fuente JP, Sáez Y, Narváez I, de Górriz FJ, Iriarte MM, et al. ¿La hipertensión arterial, el tabaco y la obesidad son los factores de riesgo de la insuficiencia venosa? (resultados preliminares) (V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia). *Rev Iberoam Tromb Hemost* 1989; 2 (Supl 1): 73-4.

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

Resumen. Objetivo. Valorar la relación de los diferentes factores epidemiológicos con la insuficiencia venosa crónica (IVC) en una zona básica de salud (ZBS) de atención primaria. Pacientes y métodos. 4.857 pacientes censados en la ZBS de Valverde del Júcar, en la provincia de Cuenca; se selecciona una muestra de 477 pacientes en torno a tres grupos de riesgo: grupo de profesionales carpinteros, grupo de amas de casa y grupo de jubilados, y se captan a través de divulgación informativa, contacto con líderes de los grupos y visita en lugares de trabajo. El estudio se desarrolla durante 6 meses. Resultados. 477 personas se incluyeron en la primera visita, de las cuales 352 finalizan el estudio en ésta por no reunir criterios de IVC (clasificación CEAP de IVC). Se diagnostican 125 personas de IVC, y se confirman mediante prueba con Doppler. La proporción hombre/mujer fue de 3:2, la edad media fue de $41,20 \pm 15,28$ años para hombres y $53,31 \pm 19,11$ años para mujeres, donde tanto unos como otros desempeñan una actividad laboral mayoritariamente de pie. Los factores de riesgo para IVC más frecuentes fueron: profesión de riesgo (90,4%), sobrepeso (76,8%) y antecedentes familiares. Conclusiones. Se refleja una asociación no estadísticamente significativa entre el desarrollo de IVC y los factores epidemiológicos. [ANGIOLOGÍA 2004; 56: 445-57]

Palabras clave. Atención primaria. Epidemiología. Factores de riesgo. Grupos de riesgo. Insuficiencia venosa crónica.

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS DA INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÓNICA NUMA ZONA BÁSICA DE SAÚDE

Resumo. Objectivo. Avaliar a relação dos diferentes factores epidemiológicos com a insuficiência venosa crónica (IVC) numa zona básica de saúde (ZBS) de atenção primária. Doentes e métodos. 4.857 doentes recenseados na ZBS de Valverde del Júcar na província de Cuenca; selecciona-se uma amostra de 477 doentes em torno de três grupos de risco: grupo de profissionais carpinteiros, grupo de donas de casa e grupo de reformados, e recolhem-se, através de divulgação informativa, contacto com líderes dos grupos e visitas aos locais de trabalho. O estudo decorre ao longo de 6 meses. Resultados. 477 pessoas foram incluídas na primeira visita, 352 das quais completaram aí o estudo por não reunirem critérios de IVC (classificação CEAP de IVC). São diagnosticadas 125 pessoas com IVC, confirmado por Doppler. A proporção homem/mulher foi de 3:2, a idade média foi de $41,20 \pm 15,28$ anos para os homens e $53,31 \pm 19,11$ anos para as mulheres, onde tanto uns como outros desempenham uma actividade laboral maioritariamente em pé. Os factores de risco mais frequentes para IVC foram: profissão de risco (90,4%), excesso de peso (76,8%) e antecedentes familiares. Conclusões. Reflecte-se uma associação estatisticamente não significativa entre o desenvolvimento de IVC e os factores epidemiológicos. [ANGIOLOGÍA 2004; 56: 445-57]

Palavras chave. Atenção primária. Epidemiologia. Factores de risco. Grupos de risco. Insuficiência venosa crónica.