

Frecuentación por patología vascular en atención primaria

A. Martín-Álvarez, J.M. Ortega-Martín, R. Fernández-Samos,
M.C. Fernández-Morán, F. Vaquero-Morillo

FRECUENTACIÓN POR PATOLOGÍA VASCULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

Resumen. Objetivo. *Estimar la presión asistencial en atención primaria por patología de origen vascular periférico, a fin de obtener información que contribuya a optimizar los recursos en nuestro área de salud, mediante un estudio descriptivo en varios cortes transversales.* Pacientes y métodos. *Participan siete médicos cuya población asignada es representativamente rural-urbana; población media asignada de 1.099 personas. La muestra (n = 7.925 pacientes) la componen aquellos que acuden a sus consultas los días previamente aleatorizados. Se establecen cortes que siguen criterios estacionales. Se registran edad, sexo, motivo de consulta, y patología observada. Estimación de parámetros y análisis de diferencias estacionales y del hábitat mediante pruebas de comparación de proporciones (chi al cuadrado).* Resultados. *Prevalencia total de patología vascular en la muestra: 5,9%; prevalencia en medio urbano: 9,8%; prevalencia en medio rural: 4,4%; motivo de consulta: arteriopatía crónica: 9,9%; flebopatía crónica: 42,4%; flebopatía aguda: 5,6%; isquemia aguda: 1,1%; linfopatía: 3%; receta/burocracia: 37,7%.* Se observan diferencias significativas en los motivos de consulta en población rural y urbana ($p < 0,001$) y en los distintos períodos estacionales ($p = 0,01$). Conclusiones. *El carácter descriptivo del estudio, junto con el gran tamaño de la muestra, hace que debamos ser cautelosos al hacer implicaciones de tipo analítico, a pesar de lo cual destacamos la importante prevalencia de patología vascular en este tipo de consultas y el gran peso de la flebopatía, datos a tener en cuenta para la asignación de recursos.* [ANGIOLOGÍA 2005; 57: 237-42]

Palabras clave. Atención primaria. Demanda asistencial. Enfermedades vasculares. Frecuentación.

Introducción

La creación de nuevas unidades de nuestra especialidad que se está produciendo en nuestro país en los últimos años es un reflejo del aumento de la demanda asistencial por patología de origen vascular que reclama la sociedad. El primer eslabón de la asistencia médica española, constituido por la atención primaria, recoge en primera instancia la magnitud del problema asistencial al que se debe dar salida por parte de los gestores de servicios sanitarios. El conocer la res-

puesta a preguntas como: ¿qué porcentaje de pacientes consultan en atención primaria por patología de origen vascular?; ¿hay variaciones estacionales significativas?; ¿hay variaciones en función del hábitat?; por parte del cirujano vascular podrá servir para mejorar nuestra práctica clínica diaria y hacer comprender las necesidades de recursos de nuestro ámbito.

Como se muestra en un estudio previo [1], las patologías de origen vascular cada vez son más prevalentes como motivo de consulta ante el médico de atención primaria. En estos tiempos, la sociedad demanda no sólo una asistencia de calidad, sino también que ésta alcance los resultados esperados.

Se estima que alrededor del 30% de la población adulta padece algún tipo de disfunción venosa casi siempre subclínica [2-3]; las varices son, en algunos de sus estadios, la afectación más prevalente (10%) [2,4].

Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular. Hospital de León. León, España.

Correspondencia: Dr. Alberto Martín Álvarez. Agustín Altageme, 8, 2º C. E-24009 León. Fax: +34 987 213 843. E-mail: caracallaus@hotmail.com

© 2005, ANGIOLOGÍA

En relación con las arteriopatías, se considera que entre el 1 y el 3% de la población masculina mayor de 40 años padece claudicación y esta cifra alcanza el 6% en los varones mayores de 65 años [5-7]. Asimismo, por cada caso de claudicación clínica, existirían otros dos pacientes subclínicos, o que cuando consultan no son adecuadamente diagnosticados [2].

Mediante este estudio se pretende estimar la demanda asistencial en atención primaria por patología de origen vascular periférico a fin de obtener información que contribuya a optimizar los recursos.

Pacientes y métodos

En el cálculo del tamaño muestral, se ha usado la fórmula de estimación de una proporción y dado que la prevalencia de las distintas patologías de origen vascular es variada, se consideró la situación que exigiera el mayor tamaño muestral ($p = 0,5$; $1-p = 0,5$), con intervalo de confianza del 95% y precisión del 2%.

Participan en el estudio siete médicos de atención primaria cuyas áreas comprenden población urbana y rural. La población media asignada a cada uno de estos facultativos es de 1.099 personas.

Antes de iniciar el estudio y tras el primer corte estacional se realizaron reuniones encaminadas a uniformar criterios diagnósticos y demás parámetros de la encuesta. Se utilizó la escala de Fontaine para la clasificación de arteriopatías crónicas; sin embargo, respecto a la patología de origen venoso se decidió no usar una escala preestablecida para simplificar la recogida de datos.

Se diseñó una encuesta-formulario (Tabla I) que comprende:

- Edad.
- Sexo.
- Motivo de consulta: se ha recogido la patología (arterial, venosa o linfática) que ha originado la asistencia a la consulta y su grado de latencia (aguda-crónica); aquellos pacientes que han sido

Tabla I. Parámetros de la encuesta. Médicos participantes de AP: 7. Usuarios/médicos: 1.099 (media). Usuarios de la muestra: 7.925. Días de muestreo: 40.

Edad
Sexo
Motivo de consulta
Arteriopatía crónica
Isquemia aguda
Flebopatía crónica
Flebopatía aguda
Linfopatía
Receta/burocracia
Arteriopatía
Claudicación intermitente
Dolor en reposo
Lesión trófica isquémica
Isquemia aguda
Otras
Receta/burocracia
Flebopatía
Varices esenciales
Trombosis venosa aguda
Secuela posflebítica
Úlcera flebostática
Síndrome ortostático
Flebolinfedema
Receta/burocracia

diagnosticados previamente y que acuden de nuevo, bien para su seguimiento o bien para realizar algún tipo de gestión, se han incluido en el apartado receta/burocracia.

Tabla II. Datos globales obtenidos.

Consultas totales	7.925
Consultas de angiopatías	465 (5,9%)
Mujeres	335 (72%)
Varones	130 (28%)
Edad media e intervalo (años)	63,8 (22-94)
Motivo de consulta vascular	
Arteriopatía crónica	46 (9,9%)
Isquemia aguda	5 (1,1%)
Flebopatía crónica	198 (42,5%)
Flebopatía aguda	26 (5,6%)
Linfopatía	14 (3%)
Receta/burocracia	176 (37,7%)
Patología observada	
Arteriopatías	122 (26,2%)
Claudicación intermitente	61 (50%)
Dolor en reposo	6 (4,9%)
Lesión trófica isquémica	13 (10,7%)
Isquemia aguda	5 (4,1%)
Otras	1 (0,8%)
Receta/burocracia	36 (29,5%)
Flebopatías	343 (73,7%)
Varices esenciales	210 (61,3%)
Trombosis venosa aguda	26 (7,6%)
Secuela posflebítica	23 (6,7%)
Úlcera flebostática	19 (5,5%)
Síndrome ortostático	25 (7,3%)
Flebolinfedema	15 (4,4%)
Receta/burocracia	25 (7,3%)

Tabla III. Motivos de consulta.

	N.º de casos	%	IC 95%
Isquemia crónica	46	9,9	7,3-13
Isquemia aguda	5	1,1	0,35-2,5
Flebopatía crónica	198	42,5	37,8-47
Flebopatía aguda	26	5,6	3,7-8,1
Linfopatía	14	3,0	1,6-5
Receta/burocracia	176	37,7	33,4-42,4

– Patología observada: este apartado se ha dividido en dos grandes bloques: a) patología de origen arterial: isquemia aguda, isquemia crónica de grado II (donde se inscriben los asintomáticos y los claudicantes), isquemia crónica de grado III (dolor de reposo), e isquemia crónica de grado IV (lesión trófica); b) patología de origen venoso: varices, trombosis venosa activa reciente, secuela de trombosis venosa, flebolinfedema, úlcera venosa, y síndrome ortostático (para todo tipo de piernas cansadas no incluidas en apartados anteriores).

Se establecieron cuatro cortes estacionales similares (invierno, primavera, verano y otoño) durante el año 2003, que recogían los diez primeros días reales de consulta (dos semanas) de cada trimestre.

Sólo se podía asignar un diagnóstico a cada paciente, aquel que en opinión del médico encuestador constituía la causa de la consulta.

Resultados

La tabla II muestra de forma global los datos hallados. Se contabilizó un total de 7.925 pacientes en los sucesivos cortes, de los que 465 presentaron patología de origen vascular (5,9%). La edad de estos pacientes osciló en un rango de 22 a 94 años con una

media de 63,8 años. En el 72% de las consultas (335) la paciente era una mujer y en el 28% (130) se trataba de varones, aproximadamente en una proporción de 3:1.

La tabla III muestra los distintos motivos de consulta, y se destaca la importante prevalencia de la patología de origen venoso crónico y el volumen de pacientes cuya evolución clínica es seguida por el médico de atención primaria (37%).

La tabla IV hace referencia a las variaciones estacionales; el flujo de consultas es constante a lo largo del año, con cambios en lo que a motivo de consulta se refiere, y disminuyen significativamente aquellas de origen venolinfático en otoño.

En la tabla V se muestran las diferencias observadas en cuanto a población urbana y rural; destaca cómo en las pequeñas poblaciones el médico de cabecera es quien supervisa de una manera continuada tanto la evolución clínica del paciente así como la tramitación de recetas y burocracia (52% frente al 21%).

En las tablas VI y VII se recogen los diferentes motivos de consulta entre varones y mujeres; se refleja la mayor afectación arterial en varones y venosa en las mujeres.

Discusión

Pretendemos analizar todo lo relativo a la frecuentación de la patología vascular que acude a asistencia primaria. Además de los números y porcentajes absolutos de las consultas, analizamos las diferencias entre la atención del mundo rural y el urbano, y la evolución de la patología consultada a lo largo del año mediante cortes estacionales.

Debido al diseño del estudio puede haber algún tipo de enfermedad sobrerepresentada, por la repetición del motivo de consulta en las visitas sucesivas.

Tabla IV. Variaciones estacionales.

	Primavera	Verano	Otoño	Invierno
Isquemia crónica	14 (11,6%)	11 (8,3%)	9 (13,2%)	12 (8,4%)
Isquemia aguda	1 (0,8%)	2 (1,5%)	1 (1,5%)	1 (0,7%)
Flebopatía crónica	43 (35,5%)	59 (44,7%)	18 (26,5%)	77 (53,8%)
Flebopatía aguda	10 (8,3%)	3 (2,3%)	4 (5,9%)	9 (6,3%)
Linfopatía	3 (2,5%)	5 (3,8%)	1 (1,5%)	5 (3,5%)
Receta/burocracia	50 (41,3%)	52 (38,6%)	35 (51,5%)	39 (27,3%)

Tabla V. Comparativa de población rural/urbana.

	Población urbana	Población rural
Isquemia crónica	21 (10%)	30 (11,8%)
Isquemia aguda	2 (0,9%)	3 (1,5%)
Flebopatía crónica	129 (61,1%)	68 (26,8%)
Flebopatía aguda	10 (4,7%)	16 (6,3%)
Linfopatía	6 (2,8%)	8 (3,1%)
Receta/burocracia	45 (21,3%)	132 (52%)

Un paciente con lesión isquémica o con una úlcera venosa que acude a la consulta diariamente o en días alternos incrementa su número de diagnósticos, aunque se trata de la misma enfermedad; el dato es cierto para la frequentación, y refleja la realidad asistencial, pero no podemos tomarlo como frecuencia diagnóstica para el resto de la población.

En la lectura de resultados destacamos la importante prevalencia de la patología vascular consultada, un 5,9% (IC: 5,4-6,4%), sobre todo en los centros urbanos, un 9,8% (IC: 8,6-11,1%), posiblemente debido a la mayor accesibilidad de los servicios sanitarios de que gozan los ciudadanos que viven en grandes poblaciones.

A lo largo de los diferentes cortes estacionales se ha

Tabla VI. Motivo de consulta en varones.

	N.º de casos	%
Isquemia crónica	18	14,0
Isquemia aguda	2	1,6
Flebopatía crónica	36	27,9
Flebopatía aguda	6	4,7
Linfopatía	3	2,3
Patología no vascular (AAA)	1	0,8
Receta/burocracia	64	48,8

Tabla VII. Motivo de consulta en mujeres.

	N.º de casos	%
Isquemia crónica	28	8,4
Isquemia aguda	3	0,9
Flebopatía crónica	161	48,1
Flebopatía aguda	20	6,0
Linfopatía	11	3,3
Receta/burocracia	112	33,4

observado un flujo de consultas constante (primavera: 5,07%; verano: 7,04%; otoño: 5,4%; e invierno: 6%).

Respecto al motivo de consulta, predominan las enfermedades de origen venoso (Tabla II); merece la pena reseñar el alto porcentaje de consultas (37,7%) destinadas a revisión de pacientes y tramitación de recetas/burocracia. Se han observado diferencias significativas en los motivos de consulta en población rural y urbana ($p < 0,001$) y es significativo el mayor

porcentaje de consulta por flebopatía crónica en el medio urbano y en los distintos períodos estacionales ($p = 0,0001$).

Así, durante el otoño alcanzan su mínimo de frecuentación en la consulta las patologías de origen venolinfático (flebopatía crónica: 26,5%; linfopatía: 1,5%); este descenso es significativo ($p = 0,0001$), y se convierte en un punto de inflexión a partir del cual comienzan a aumentar. No se encuentran diferencias significativas en cuanto a la patología arterial isquémica, tanto en su distribución estacional, como en su distribución en población urbana y rural.

Los varones consultan más por arteriopatía crónica ($p = 0,05$), mientras que las mujeres acuden más por patología venosa crónica ($p = 0,0001$).

De la lectura de resultados de los motivos de consulta entre población rural y urbana destaca la alta frecuentación de patología venosa crónica (61% frente al 26,8%) en las consultas de grandes poblaciones, así como la tramitación de recetas y revisión continuada de pacientes (52%) en las pequeñas.

En conclusión, el número de consultas por enfermedad vascular en relación con el total es importante (5,9%), incluso ha aumentado con respecto a nuestro anterior estudio del año 1999 [1]; es mayor en poblaciones urbanas (9,8%) y atiende en más de la mitad de los casos patologías de origen venoso.

La importante demanda asistencial por patología vascular en atención primaria sugiere que inevitablemente un porcentaje importante de este contingente deberá ser evaluado por atención especializada.

Dar a conocer estos resultados a nuestros gestores es una necesidad a la hora de asignar futuros recursos para la correcta atención de los enfermos vasculares.

Bibliografía

1. González MJ, Alonso M, García-Gimeno M, Malo E, Morán CF, Ortega JM, et al. Enfermedad vascular en atención primaria. Angiología 2002; 54: 118-26.
2. Estevan JM. Epidemiología y repercusión socioeconómica de la patología vascular. In Cairols M, ed. Actualidades de Angiología y Cirugía Vascular. Barcelona: Espaxs; 1993. p. 15-33.
3. Gesto-Castromil R. Detección, diagnóstico, tratamiento y calidad de vida de la IVC en España. Madrid: Laboratorios Servier; 2002.
4. Kurz X, Lamping DL, Kahn SR, Baccaglini U, Zucarelli F, Spreafico G, et al. Do varicose veins affect quality of life? Results of an international population-based study. J Vasc Surg 2001; 34: 641-8.
5. TASC Working Group. Management of PAD. J Vasc Surg 2000; 1 (Suppl 31): S5-30.
6. Ouriel K. Peripheral arterial disease. Lancet 2001; 358: 1257-64.
7. Hirsch AT, Criqui MH, Treat-Jacobson D, Regensteiner JG, Creager MA, Olin JW, et al. Peripheral arterial disease detection, awareness and treatment in primary care. JAMA 2001; 286: 1317-24.

FREQUENCY OF VISITS DUE TO VASCULAR PATHOLOGIES IN PRIMARY CARE

Summary. Aim. To estimate the rate of care in primary care units due to pathologies of a peripheral vascular origin, in order to obtain information that can be used to optimise the resources in our health district, by means of a descriptive study involving several cross-sections. Patients and methods. Seven physicians, whose assigned population is representatively rural-urban, took part in the study; the mean assigned population consisted of 1,099 people. The sample ($n = 7,925$ patients) was made up of those individuals who visited their surgeries on previously randomised days. Cut-off points were set following seasonal criteria. Age, sex, reason for visiting, and observed pathology were all recorded. Estimation of parameters and analyses of seasonal differences and habitat were performed by means of tests for comparing proportions (chi squared). Results. The total prevalence of vascular pathology in our sample was 5.9%; prevalence in the urban environment: 9.8%; prevalence in the rural environment: 4.4%; reason for visiting: chronic arterial disease: 9.9%; chronic vein disease: 42.4%; acute vein disease: 5.6%; acute ischaemia: 1.1%; disorders affecting the lymphatic system: 3%; prescriptions/paperwork: 37.7%. Significant differences were observed in the reasons for visiting between the rural and the urban populations ($p < 0.001$) and in the different seasonal periods ($p = 0.01$). Conclusions. The descriptive nature of the study, together with the large size of the sample, mean that we should be cautious about drawing conclusions of an analytical type. Nevertheless, we still highlight the high rate of prevalence of vascular pathologies in this kind of visits and the significant weight of vein diseases, which are data to be borne in mind when it comes to allocating resources. [ANGIOLOGÍA 2005; 57: 237-42]

Key words. Demand for health care. Frequency of visits. Primary care. Vascular diseases.