



ORIGINAL

Estudio descriptivo del manejo de la insuficiencia venosa crónica entre niveles asistenciales



J.M. Martín Martín^a, T. Arrobas Velilla^{b,c,*}, J.I. Cañizares Díaz^d,
M. Illescas Rodríguez^a y J. Pardo Álvarez^e

^a Hospital Blanca Paloma, Huelva, España

^b Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Chile

^c Laboratorio de Nutrición y Riesgo cardiovascular, Hospital Virgen Macarena, Sevilla, España

^d Varicentro, Centros médicos especializados en varices

^e Unidad de Gestión Clínica el Torrejón, Huelva, Huelva

Recibido el 28 de abril de 2014; aceptado el 22 de julio de 2014

Disponible en Internet el 11 de octubre de 2014

PALABRAS CLAVE

Atención primaria;
Insuficiencia venosa crónica;
Diagnóstico;
Patología venosa

Resumen

Introducción: La coordinación entre niveles asistenciales constituye un elemento esencial para incrementar la eficiencia del sistema sanitario; en este sentido, la enfermedad vascular ocupa un lugar destacado por incluir entidades frecuentes, graves y vulnerables. Debido a la alta prevalencia de la enfermedad, hay actualmente un número desproporcionado de pacientes, que son derivados desde Atención Primaria (AP) a Especializada (AE), con el diagnóstico de sospecha de insuficiencia venosa crónica de miembros inferiores y que realmente no se confirma este diagnóstico. Lo cual lleva a colapsar las consultas de AE, retrasar el diagnóstico, pérdidas de días laborables y todas las repercusiones sanitarias, sociales y económicas.

Objetivo: El objetivo de este estudio es valorar la realidad de esta patología en el distrito sanitario Huelva Costa.

Pacientes y métodos: Para ello realizamos estudio descriptivo de los pacientes pertenecientes a esta área que acuden a médico de AP para consultar sobre patología venosa. Igualmente realizamos estudio descriptivo mediante encuestas, para conocer el grado de conocimiento sobre dicha patología del médico de AP, así como sobre la necesidad de realización de cursos de formación continuada, o bien, analizar si estos cursos transmiten las competencias necesarias a los profesionales para realizar una buena práctica diaria frente a esta entidad clínica.

Resultados: Los primeros datos obtenidos muestran que solo se deriva desde AP con acierto en un 42,4% de los casos. Existe una asociación estadísticamente significativa entre la certeza diagnóstica y síntomas como la cercanía a fuente de calor, antecedentes familiares de varices (AFV), pesadez de piernas, venas gruesas en MMII, hinchazón de piernas al final del día y el sexo femenino.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: teresaarrobasvelilla@hotmail.com (T. Arrobas Velilla).

Conclusiones: Parece inadecuado el elevado número de paciente derivados desde la AP a la AE bajo la sospecha de IVC en los que no se confirma el diagnóstico.

© 2014 SEACV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Primary Care;
Chronic venous
insufficiency;
Diagnosis;
Venous pathology

Descriptive study of management of chronic venous insufficiency between levels of care

Abstract

Introduction: The coordination between levels of care is an essential element to increase the efficiency of the health system. Vascular diseases, in particular would benefit from this due to its frequency, severity and vulnerability. Owing to the high prevalence of the disease, there is currently a disproportionate number of patients being referred from Primary Care (AP) to Specialist Units (AE), with a suspected diagnosis of chronic venous insufficiency of the lower limbs (IVC MMII) without really having this diagnosis confirmed. This leads to collapse in AE consultations, diagnostic delay, lost workdays, as well as all the public health, social and economic repercussions.

Objective: The aim of this study is to assess the reality of this disease in the Huelva Costa Health District.

Patients and methods: A descriptive study was conducted on a population of Huelva Coast Area Health seen by a Primary Care doctor to consult on lower limb venous pathology. The study also included a questionnaire to determine the level of knowledge about this disease of the Primary Care physician, as well as the need for conducting continuing education courses and analyse whether these courses provide professionals with the necessary skills for a good daily practice against this clinical condition.

Results: The first data obtained show that only 42.4% of cases referred from Primary Care had a correct diagnosis. There is a statistically significant association between diagnostic accuracy and risk factors/symptoms, such as nearby heat source, a family history of varicose veins, heavy legs, thick veins in the lower limbs, swelling of the legs at the end of the day, and being female.

Conclusion: There appears to be an inappropriately high number of patients referred from Primary Care to Specialists due to suspicion of IVC, in which the diagnosis is not confirmed.

© 2014 SEACV. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La insuficiencia venosa es la incapacidad de una vena para conducir un flujo de sangre en sentido cardiópeto adaptado a las necesidades de drenaje de los tejidos, termorregulación y reserva hemodinámica con independencia de la posición y actividad. Estos cambios producidos en las extremidades inferiores son el resultado de una disfunción en el sistema venoso de las mismas, ocasionado por la dificultad permanente de retorno venoso, y en el que la sangre venosa fluye en sentido opuesto a la normalidad, desde el sistema venoso profundo al sistema venoso superficial, desarrollado por la incompetencia valvular, que genera un reflujo venoso, elevando la presión venosa a niveles patológicos; dicha presión alta mantenida se manifiesta en la macrocirculación en forma de varices, dilataciones venosas superficiales, y a nivel de la microcirculación, como alteraciones cutáneas¹. Se trata de una enfermedad crónica de origen multifactorial, teniendo una evolución generalmente lenta con complicaciones frecuentes (trastornos cutáneos, úlceras, flebitis superficial, trombosis venosas profundas...) que se manifiestan cuando han transcurrido años e incluso décadas desde la aparición de los primeros síntomas¹.

La Insuficiencia venosa crónica (IVC) es la enfermedad vascular más frecuente, así, se acepta generalmente que entre el 10-15% de la población adulta en el mundo occidental presenta varices constituyendo por tanto un problema de salud pública con importantes implicaciones socioeconómicas y laborales; también sabemos que entre el 1 y el 2% de la población presentan úlceras venosas, la manifestación más grave de IVC.

Cuando nos referimos al síndrome de IVC debemos hacerlo al conjunto de signos y síntomas característicos de esta patología de los miembros inferiores. Subjetivamente los pacientes refieren cansancio, pesadez, dolor, hinchazón, calambres y otras molestias inespecíficas; más intensos con la bipedestación y en circunstancias ambientales de humedad y calor² así como con la menstruación en las mujeres, y mejorando con el decúbito y el frío^{3,4}.

Objetivamente se puede hallar edema, varículas, venas reticulares, varices, trastornos cutáneos y úlceras flebotáticas, activa o cicatrizada⁵, siendo estas la expresión máxima⁶, afectando entre el 1 y 2% de la población⁷, además de ser la manifestación más difícil de tratar⁸.

Objetivos

Objetivos principales

- 2.1.1. Definir el grado de correlación clínica-eco Doppler como indicador de mejora en la derivación del paciente IVC. Formula: número de pacientes derivados/eco Doppler con diagnóstico de IVC.
- 2.1.2. Detectar las variables clínicas más utilizadas y con mayor grado de certeza.

Objetivos secundarios

Determinar si los facultativos de los centros de salud de Huelva realizan programas de formación continuada en esta patología.

Pacientes y métodos

Se trata de un estudio de tipo descriptivo de pacientes que consultan por patología venosa de miembros inferiores (MMII), pertenecientes al distrito sanitario Huelva Costa y médicos de atención primaria (A.P.) del mismo distrito con más de un año de experiencia en el mismo centro. El periodo de estudio comprende unas 44 semanas; desde que se inicia la revisión de historias clínicas hasta que se reciben la totalidad de los cuestionarios enviados a los diferentes centros de salud del distrito sanitario estudiado.

La muestra de elementos para el presente estudio se realizó mediante un método no probabilístico por facilidad de acceso por continuidad. Se calcula el tamaño muestral para una proporción de desacuerdo del 15% entre la revisión de historias clínicas y el eco-Doppler, con una precisión del 3% y nivel de confianza del 95% resultando una n de 578. El diagnóstico de insuficiencia venosa se confirma por la duración del reflujo patológico, debiendo ser el mismo mayor a 0,5 s⁹ en venas proximales (safena) y al menos 2-3 s en venas distales (SVP), la severidad de la insuficiencia está determinada por la velocidad del reflujo, debiendo ser superior a 30 cm/s para ser considerada severa¹⁰.

Se incluyeron aquellos pacientes con edad mayor o igual a 18 años y aquellos con 73 años o menos, que acudían a su médico de atención primaria (MAP) por signos/síntomas relacionados con IVC de MMII.

En cuanto al tamaño muestral de los facultativos de AP del distrito Huelva Costa se toma la totalidad de ellos que cumplen los criterios de inclusión: $n = 71$ (todos aquellos que trabajasen en alguno de los 7 centros de salud del distrito Huelva Costa; con más de un año de experiencia en el mismo centro y que en su práctica diaria tratases esta patología).

En primer lugar, para describir el grado de certeza diagnóstica en AP, se realizó una revisión sistemática de historias clínicas en la unidad de flebología de todos aquellos pacientes que fueron remitidos desde AP con ese diagnóstico. Para la aplicación de las pruebas se enviaron 10 cuestionarios (Anexo 1) a cada uno de los centros de salud del distrito Huelva Costa para ser completado por 10 MAP. Se informó a todos los participantes de los objetivos del estudio antes de solicitarles su participación voluntaria. A continuación,

firmaron una hoja de consentimiento informado y se incluyeron en el estudio.

La obtención de la información se obtuvo a través de cuestionarios anónimos de auto relleno que se les envía y posteriormente se recogen y analizan.

Estos cuestionarios fueron diseñados exclusivamente para este trabajo de investigación y se desarrolló en 3 etapas diferentes:

- 1 *fase de constructo*: la finalidad de esta fase es diseñar un cuestionario, así como su correspondiente manual de utilización, adaptados a la práctica médica en AP que garantice una suficiente validez de contenido.
 - a. Se define el contenido, la finalidad, la población, la muestra y el formato de la prueba, de acuerdo con el planteamiento del problema, su justificación, los objetivos de la investigación y el marco.
 - b. Diseño y construcción de la prueba; se procedió a la redacción de los ítems. Realización y primera modificación por el investigador.
 - c. Búsqueda de consenso, para ello participan 5 facultativos seleccionados en función de su experiencia y cualificación.
 - d. Elaboración de versión preliminar del cuestionario.
- 2 *fase de evaluación por jueces*: depuración. En esta etapa se contó con la participación de 6 jueces (2 facultativos especialistas en Angiología y Cirugía Vasculard (ACV), 2 facultativos especialistas en Flebología y 2 facultativos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria) a quienes se les presentó la versión preliminar con el fin de que determinen:
 - a. Si los ítems poseen unidimensionalidad, claridad y pertinencia.
 - b. Asegurar que el cuestionario se adecua a la investigación que se pretende realizar: las preguntas son relevantes, no sobran ni faltan, carecen de ambigüedades, su redacción es precisa.
 - c. Sugerencias cuando se presentan necesidades de ajustes en los ítems.
 - d. En esta fase se realiza una versión unificada de la prueba a partir de las evaluaciones y los comentarios realizados por los jueces en la fase previa.
- 3 *fase de redacción de nuevos ítems*. A partir de la información recolectada y posteriormente analizada en la anterior fase, se realizó los ajustes necesarios a cada ítem. Esto implica una mayor probabilidad de responder adecuadamente a cada ítem.

Antes de aplicar el cuestionario es sometido a una lista de cotejo.
- 4 *fase de Pilotaje*. Con el objeto de evaluar el nivel de comprensión de la prueba piloto, ayudar a depurar el cuestionario y permitir saber si el cuestionario funciona como se esperaba se aplicó a un número de 20 facultativos de AP, quienes evaluaron las instrucciones, los ítems y las opciones de respuesta de la prueba piloto. Con base en la información que arrojó esta fase, se comprobó la adecuación del instrumento y no hacer algún otro ajuste, permitiendo obtener la versión definitiva de la prueba.

Una vez realizada la definición precisa del grupo a ser encuestado, se elabora un cuestionario restringido o cerrado con varias alternativas de respuestas donde el encuestado

tiene que asignar un puntaje a diversas cuestiones. El cuestionario se muestra en el Anexo 1.

Cronograma de actividad

Actividad	Descripción	Tiempo en semanas
Revisiones de historias clínicas	Historias clínicas de pacientes remitidos desde AP con sospecha de IVC	24 semanas (Noviembre 2012 a Mayo 2013)
Construcción del cuestionario IVC	Puesta en marcha del cuestionario IVC siguiendo las cuatro fases del procedimiento planteado	16 semanas (Febrero 2013 a Mayo 2013)
Distribución y recogida de cuestionarios IVC	Distribución por los 7 centros de salud y recogida de los mismos contestados	4 semanas (Junio 2013)

Se estudiarán 2 tipos de variables, una *variable dependiente*, CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA, cualitativa dicotómica (Sí/No). La confirmación se realiza mediante el estudio eco-Doppler de MMII y *variables independientes como* edad, sexo, tiempo que pasa de pie al día, tiempo que pasa sentado al día, fuente de calor próxima, antecedentes familiares de varices, síntomas osteoarticulares, dolor en las piernas, dolor en las piernas localizado, dolor en las piernas movimiento, pesadez en las piernas, edemas en piernas.

Las variables estudiadas en el cuestionario IVC que se envía a los centros de salud se detallan en la [tabla 1](#).

Para los cálculos estadísticos se ha utilizado el programa estadístico SPSS, en su versión 17 con licencia particular.

Estrategias de investigación

En primer lugar realizamos un estudio descriptivo sobre el grado de certeza diagnóstica en la derivación de pacientes con sospecha de IVC desde la AP a la Atención Especializada (AE), de las respuestas obtenidas en las encuestas realizadas entre los MAP respecto a la metodología de diagnóstica empleada.

A continuación, se realizó un contraste de hipótesis entre las distintas variables de estudio y el acierto diagnóstico. Se utilizó Ji cuadrado para contrastes de hipótesis entre variables cualitativas y T de Student para contrastes entre variables cualitativas y cuantitativas (o contraste no paramétrico en caso de no normalidad).

Se solicitó consentimiento informado a todos los facultativos incluidos en el estudio aplicando los principios éticos de la investigación que se recogen en la declaración de Helsinki. Además se respetó la confidencialidad y el secreto en todas las fases de la investigación en los datos referidos a pacientes y facultativos, tanto directa como indirectamente. Para ello se aplicaron las actuaciones recogidas en la ley orgánica 5/1992, de 29 de octubre de regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal (BOE 1992, n.º 262). Así mismo se respetaron las indicaciones reflejadas en el real decreto 223/2004, BOE n.º 33 (6/4/2004) para la realización de ensayos clínicos en su apartado de protección

Tabla 1 Descripción de variables

- Tiene en cuenta, edad, sexo, profesión: variables cualitativas policotómicas. Se contesta según escala tipo Likert de 4 opciones: (0 = nunca; 1 = a veces; 2 = la mayoría de las veces; 3 = siempre)
- Crit. AF varices (pregunta sobre antecedentes familiares de varices): variable cualitativa policotómica. Se contesta según escala tipo Likert de 4 opciones: (0 = nunca; 1 = a veces; 2 = la mayoría de las veces; 3 = siempre)
- Crit. Evalúa dolor (evalúa el dolor de los miembros inferiores, localización, modificación): variable cualitativa policotómica. Se contesta según escala tipo Likert de 4 opciones: (0 = nunca; 1 = a veces; 2 = la mayoría de las veces; 3 = siempre)
- Crit. Síntomas O-A (descarta síntomas de radiculopatía, osteoporosis o artrosis): variable cualitativa policotómica. Se contesta según escala tipo Likert de 4 opciones: (0 = nunca; 1 = a veces; 2 = la mayoría de las veces; 3 = siempre)
- Crit. Pesadez (pesadez en las piernas, y que empeoran en verano y/o con la menstruación en caso de ser mujer): variable cualitativa policotómica. Se contesta según escala tipo Likert de 4 opciones: (0 = nunca; 1 = a veces; 2 = la mayoría de las veces; 3 = siempre)
- Crit. Edemas en piernas (edemas en piernas al final del día y mejora tras el descanso nocturno en decúbito): variable cualitativa policotómica. Se contesta según escala tipo Likert de 4 opciones: (0 = nunca; 1 = a veces; 2 = la mayoría de las veces; 3 = siempre)
- Inspec Bipe+Supino (inspeccionaría los miembros inferiores en bipedestación y supino; solo en bipedestación; solo en posición supina): variable cualitativa policotómica. Se contesta según escala tipo Likert de 4 opciones: (0 = nunca; 1 = a veces; 2 = la mayoría de las veces; 3 = siempre)
- Tiempo por paciente (considerando la presión asistencial, de qué tiempo dispone aproximadamente para estos pacientes): variable cuantitativa continúa medida en minutos.
- Usa Doppler (utiliza en su centro de salud el Doppler de bolsillo: variable cualitativa policotómica. Se contesta según escala tipo Likert de 4 opciones: (0 = nunca; 1 = a veces; 2 = la mayoría de las veces; 3 = siempre)
- Realiza ITB (realiza la medición del índice tobillo-brazo en estos pacientes): variable cualitativa policotómica. Se contesta según escala tipo Likert de 4 opciones: (0 = nunca; 1 = a veces; 2 = la mayoría de las veces; 3 = siempre)
- Programa de FC (en el último año, tuvo en su centro de Programas de Formación Continuada en IVC): variable cualitativa dicotómica (Sí/No)

Tabla 2 Resultados en porcentaje del grado de certeza diagnóstica en la derivación de pacientes con sospecha de IVC desde la atención primaria a la atención especializada

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sí	245	42,4	42,4
No	333	57,6	100
Total	578	100	

de datos personales, así como la normativa vigente sobre el acceso y la confidencialidad de las historias clínicas y los datos clínicos, así como las regulaciones establecidas por nuestro propio hospital. El archivo creado para el estudio se inscribe en el Registro General de Protección de Datos de la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD) con fecha de 29/11/2012.

Resultados

Los primeros datos obtenidos muestran que solo se deriva desde AP con acierto en un 42,4% de los casos (tabla 2). El resto de los casos son innecesariamente derivados. Tras realizar un contraste de hipótesis entre los distintos síntomas que se estudian para determinar la necesidad o no de derivación del paciente a la AE y la certeza diagnóstica obtenida mediante el estudio eco-Doppler de los miembros inferiores, se puede decir que existe una asociación estadísticamente significativa entre la certeza diagnóstica y síntomas como la cercanía a fuente de calor, antecedentes familiares de varices (AFV), pesadez de piernas, venas gruesas en MMII, hinchazón de piernas al final del día y el sexo femenino.

No existe/no se puede determinar relación estadísticamente significativa con síntomas osteoarticulares, dolor de piernas, dolor localizado, dolor modificado con el movimiento y edad (tabla 3).

Podemos observar que la gran mayoría de los facultativos de AP tienen en cuenta en mayor medida, y de forma prácticamente unificada los criterios establecidos para hacer un buen diagnóstico de IVC y posterior derivación a nivel sanitario del especialista. Cuando preguntamos si tienen en cuenta el criterio edad, el 83% de los facultativos responden que la mayoría de las veces o siempre; y de estos, tan solo el centro de salud B lo hace el 100% (tabla 4).

Igualmente cuando preguntamos si tienen en cuenta el criterio de profesión de riesgo, el 77% lo tienen en cuenta

siempre o la mayoría de las veces, frente a un 5,6% que nunca lo tienen en cuenta (centros de salud C y D). Ocurre lo mismo que con el criterio edad en el centro de salud B, el 100% de los facultativos lo tiene presente la mayoría de las veces o siempre.

Si analizamos el criterio de antecedentes familiares de varices (AFV), el 100% de los facultativos del distrito lo tienen en cuenta (88,7% siempre/11,3% la mayoría de las veces). Aunque los resultados son muy parejos por centros de salud, cabe destacar que el 100% de los facultativos de los centros de salud B, F y G.

El 95,7% de los facultativos evalúan el dolor siempre (58,8%) o la mayoría de las veces (41,2%). Los centros de salud G (80%) y B (77,7%) son los que obtienen puntuaciones más altas, es decir siempre lo evalúan.

Como ocurre en criterio de AF de varices, el 100% de los MAP valoran la pesadez de las piernas siempre/la mayoría de las veces (84,5%/15,5%). Solamente en los centros de salud B, E, F y G, lo valora el 100% de sus profesionales.

A la hora de explorar los miembros inferiores para llegar a un buen diagnóstico, una buena inspección en bipedestación es suficiente para ello, aunque se recomienda en bipedestación y en decúbito supino para una mayor aproximación. El 92,9% de los MAP realizan esta exploración (bipe + supino) siempre/la mayoría de las veces (63,6%/36%).

Sobre el uso del Doppler de bolsillo para acercarse al diagnóstico de IVC de miembros inferiores, el 84,5% de los MAP lo usan siempre o la mayoría de las veces (30,7%/69,3%) frente a 15,5% que lo usan a veces. Vuelve a destacar el centro de salud B en el cual el 77,7% de sus médicos encuestados lo usan.

Son los mismos resultados prácticamente cuando preguntamos si realizan el cálculo del índice tobillo-brazo (ITB), ya que para el cálculo de este parámetro es necesario el uso del Doppler de bolsillo.

Un criterio en el que se obtienen resultados muy similares (95,7%) en el distrito y en cada centro de salud es tener edemas en las piernas al final del día y que mejoran con el reposo.

Finalmente preguntados los encuestados, teniendo en cuenta a la presión asistencial a que están sometidos, ¿cuánto tiempo dedican a estos pacientes?, respondieron de media sobre 13 minutos. Resulta sorprendente que tan solo el 25,7% de los facultativos de AP del distrito Huelva Costa realicen programas de formación continuada en esta patología de tanta prevalencia (tabla 5).

Es de resaltar por un lado que el centro de salud con mayor participación en programas de formación en patología

Tabla 3 Correlación factores de riesgo y certeza diagnóstica

F. Riesgo	Diagnóstico certeza IVC		p
	F. de Riesgo (%)	No F. R (%)	
Prox. fuente calor	60,6	39,7	p =,0,001
A.F. varices	47,9	33,5	p =,0,001
Pesadez en piernas	45,8	26,4	p =,0,002
Venas gruesas MMII	55,9	12,3	p =,0,000
Hinchazón fin día	45,9	31,9	p =,0,04
Sexo mujer	45,1	35,6 Hombre	p =,0,4

Tabla 4 Resultado de encuestas cuestionario IVC, relación procedimientos/centro de salud

Lectura:

Centros de salud: A, B, C, D, E, F, G

1.1 y 1.2 = Cuestión edad y profesión

2 = Cuestión A.F. de varices

3 = Cuestión Evalúa dolor MMII

4 = Cuestión Pesadez en las piernas

5 = Cuestión Inspecciona MMII en bipe + supino

6 = Cuestión Edemas en piernas

7 = Cuestión Usa Doppler

8 = Cuestión Calcula ITB.T1

Contestación

T1 = Contestaciones por centros de salud

T2 = Total de MAP encuestados

a = Nunca

b = A veces

c = La mayoría de las veces

d = Siempre

		A	B	C	D	E	F	G	T1
1,1	a	0	0	0	0	0	0	0	0
	b	2	0	3	2	1	3	1	12
1,2	c	5	4	7	7	5	5	5	38
	d	3	5	2	2	3	2	4	21
2	a	0	0	2	2	0	0	0	4
	b	0	0	2	4	1	2	3	12
	c	7	3	7	5	5	5	4	36
	d	3	6	1	0	3	3	3	19
3	a	0	0	0	0	0	0	0	0
	b	0	0	0	0	0	0	0	0
	c	2	0	3	2	1	0	0	8
	d	8	9	9	9	8	10	10	63
4	a	0	0	0	0	0	0	0	0
	b	0	0	0	0	0	0	0	0
	c	4	0 ⁹	4	3	0	0	0	11
	d	6		8	8	9	10	10	60
5	a	0	0	1	0	0	0	0	1
	b	0	0	2	0	1	1	0	4
	c	0	0	4	8	4	5	3	24
	d	10	9	5	3	4	4	7	42
6	a	0	0	0	0	0	0	0	0
	b	0	0	0	0	0	0	0	0
	c	2	0	1	0	0 ⁹	0	0	3
	d	8	9	11	11		10	10	68
7	a	0	0	0	0	0	0	0	0
	b	2	0	3	2	3	0	1	11
	c	4	2	5	6	5	6	6	34
	d	4	7	4	3	1	4	3	26
8	a	0	0	0	0	0	0	0	0
	b	2	0	4	2	3	0	1	12
	c	2	2	3	6	5	6	6	30
	d	6	7	5	3	1	4	3	29
T2		10	9	12	11	9	10	10	71

Tabla 5 Porcentaje de centros de salud que realizan o no programas de formación continuada

	Centro salud							Total
	A	B	C	D	E	F	G	
<i>Programa de F.C.</i>								
No	7	9	9	9	6	7	5	52
	70,0%	100,0%	75,0%	81,8%	66,7%	70,0%	55,6%	74,3%
Sí	3	0	3	2	3	3	4	18
	30,0%	0%	25,0%	18,2%	33,3%	30,0%	44,4%	25,7%
<i>Total</i>								
	10	9	12	11	9	10	9	70
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

venosa (G) tiene buenos patrones de derivación en función de los criterios establecidos; y por otro lado, resulta paradójico que el centro de salud B, sin realizar estos programas de formación en el último año, usan los criterios diagnósticos con mejores puntuación.

Discusión

Desgraciadamente, la coordinación entre médicos de AP y especialistas en ACV ha sido en España especialmente poco intensa¹¹. Algunas de las razones de esta falta de coordinación son comunes con otras áreas: heterogeneidad en la formación de los profesionales, masificación de las consultas, falta de estrategias objetivas por parte de la administración, etc. Pero otras puede que sean más específicas de la relación entre MAP y ACV. Históricamente, la relación institucional entre las sociedades científicas ha sido escasa, aunque más escasas aún han sido las relaciones entre los profesionales de ambas especialidades que atienden a una misma población, lo cual se traduce en un desconocimiento mutuo¹¹. En AP, el papel fundamental en el manejo de estos procesos se encuentra en una perfecta prevención primaria y secundaria. Sería recomendable realizar una educación sanitaria que incluya folletos y sesiones informativas para los pacientes en los que se expliquen las normas higiénicoposturales y los factores de riesgo de la insuficiencia venosa clásica¹².

Los síntomas de la IVC son muy inespecíficos, por lo que también se han de investigar otras posibles causas. Una buena anamnesis junto a la exploración física, siempre en bipedestación como mínimo, permite determinar la presencia de los signos típicos de la IVC, establecer la clasificación clínica y objetivar la presencia de posibles complicaciones. Todo ello unido a la determinación del ITB daría un gran impulso a las correctas derivaciones desde AP por esta patología. Sería de gran utilidad el poder determinar el perfil del paciente cuyo seguimiento ha de ser realizado de forma prioritaria en cada nivel asistencial. Así mismo se debería establecer las competencias que debe asumir cada profesional, y fijar y priorizar los criterios de derivación en ambos sentidos. Estas podrían ser las bases del manejo compartido del paciente con IVC.

Conviene establecer los plazos y el grado de responsabilidad de cada nivel asistencial en función de la formación flebológica de los médicos de AP y de los tiempos de

demora³. Así mismo se podría elaborar una herramienta que fuese eficiente y asegurase la continuidad en la asistencia sanitaria, respetando siempre las particularidades y necesidades específicas de cada zona sanitaria. Los objetivos fundamentales de la AP serán: establecer las medidas preventivas en los pacientes susceptibles, realizar diagnósticos precoces y seleccionar a los pacientes para la cirugía.

Finalmente y basándonos en los datos obtenidos, podemos concluir que el número de derivaciones con sospecha de IVC no confirmadas en AE es innecesariamente alto y serían necesarios programas de formación continuada en patología venosa para los facultativos de AP con el objeto de disminuir el número de derivaciones no confirmadas y de esta forma contribuir a la optimización de los recursos de la asistencia médica especializada.

El desempeño profesional competente obliga al médico a integrar y desempeñar organizadamente diferentes habilidades y destrezas clínicas como la conducción de la entrevista clínica, el examen físico, el criterio clínico, el profesionalismo o la educación y el consejo al paciente.

Miller conceptualiza el desempeño profesional como una pirámide en la que (fig. 1), la base de la misma esta compuesta por conocimiento fáctico. Un nivel más arriba, la habilidad para usar el conocimiento en un contexto en particular, el «saber cómo» («know-how»). Este último referido al razonamiento clínico y a la resolución de problemas. Un nivel más arriba, el «mostrar cómo» («show-how»), que

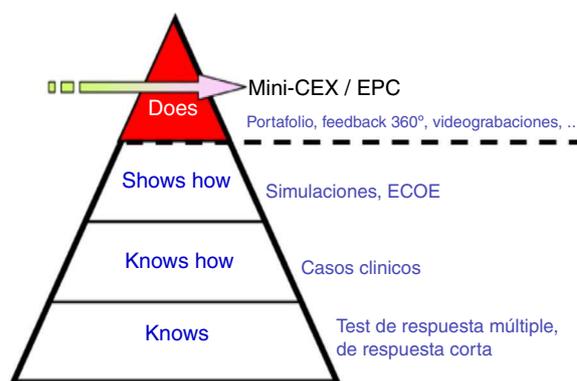


Figura 1 Pirámide de Miller compuesta por cuatro escalones: el conocimiento, el «saber cómo» y el «mostrar cómo» y efectuarlo¹³.

refleja la capacidad del individuo de actuar apropiadamente en una situación práctica y que describe el comportamiento de «manos a la obra» en una situación simulada o de práctica. Finalmente el nivel superior se refiere al «hacer» es decir al desempeño real en una práctica habitual, es aquí donde podemos sentir que con los actuales planes de formación para esta entidad clínica no llegan a alcanzarse.

La tarea de la educación médica es proveer atención sanitaria, habría que revisar estos programas e intentar definir estándares globales (básicos y para el desarrollo de la calidad) para la mejora de la calidad en la educación médica de posgrado.

Posiblemente, el diseño de planes de formación continuada para la mejora del desempeño profesional en IVC en el distrito sanitario de Huelva, que aunque, y no es poco, llega holgadamente al tercer escalón de la pirámide de Miller, pensamos que se deberían de revisar, pues nos parece que no alcanza el último tramo de dicha pirámide. Analizando estos planes de formación mediante un proceso sistemático de recogida de información y comprensión, y con base en unos criterios previamente definidos e identificados, nos permitirá emitir un juicio sobre el mérito y/o valor educativo de estos, con el propósito claro de proponer mejoras y poder alcanzar mayores cotas de calidad. No nos cabe la menor duda que estos programas de formación continuada ayudarían a mejorar las estructuras competenciales de los médicos de AP ante pacientes que acudan a la consulta por patología venosa. Se recomendaría estudios analíticos donde podamos establecer relaciones que nos permitan disminuir el número de derivaciones innecesarias.

Las conclusiones derivadas del estudio de los datos obtenidos en el presente estudio se pueden sintetizar en los siguientes puntos esenciales:

- Los signos y síntomas de la IVC son los responsables de un elevado número de consultas en AP y en los servicios de ACV. Parece inadecuadamente elevado el número de pacientes derivados desde la AP a la AE bajo la sospecha de IVC en los que no se confirma el diagnóstico. La confirmación diagnóstica se eleva en número cuando el paciente consulta por síntomas tales como hinchazón y pesadez de piernas, es de sexo femenino con

antecedentes personales para esta patología, trabaja cercano a una fuente de calor y presenta gruesas venas en las piernas. No parece existir buena correlación con signos y síntomas más clásicos como tiempo que el paciente permanece de pie o con la edad. En función de los datos obtenidos sería importante investigar, mediante un estudio de regresión logística, una escala de predicción que oriente al diagnóstico y consiga mayores tasas de confirmación diagnóstica en AE.

- La mayoría de los médicos de AP realizan una exploración completa del paciente, incluyendo eco-Doppler, lo cual está en oposición con el tiempo medio empleado para ello, ya que este es solo de 12,97 min de media. La eco-Doppler venosa aporta información anatómica y hemodinámica que permite confirmar y localizar la presencia de reflujo en el sistema venoso superficial (safenas), en las varices, y determinar la permeabilidad y la existencia de reflujo en el sistema venoso profundo; pero no permite cuantificar la hipertensión venosa (posible en ausencia de reflujo que solo es posible mediante neumopletismografía, técnica solo indicada con fines de investigación¹¹.

Según el Documento de consenso semFYC-SEACV, la IVC no requiere confirmación por eco-Doppler; solo estará indicada en caso de duda diagnóstica y en el estudio prequirúrgico de las varices y es más adecuado que se indique y realice tras la valoración clínica del paciente por parte del cirujano vascular.

Este documento de consenso, incide en que la varicorragia y la varicoflebitis son subsidiarias, en la mayoría de las ocasiones, de *tratamiento local*, por lo que pueden ser manejadas en un primer momento en el ámbito de la AP, siendo estos pacientes remitidos al especialista para valorar el tratamiento definitivo de sus varices, lo que disminuiría el número de derivaciones a desde AP. En los casos de IVC complicada (varicoflebitis, varicorragia, úlcera venosa) que no responda al tratamiento convencional, requerirá valoración preferente o urgente por parte del cirujano vascular¹¹.

Solo el 25, 7% de los facultativos de AP realizan programas de formación continuada en patología venosa. La introducción a este colectivo de guías clínicas y documentos

Situación clínica	Prioridad de la derivación	Actitud
IVC C0-C1	No derivación	Tratamiento conservador (medidas higiénico-dietéticas, contención elástica)
IVC C2 no complicadas	Personalizar	Dependiendo del tamaño y la sintomatología: manejar en AP o derivar para valoración
IVC C 3-4	Normal	Tratamiento conservador (ya desde AP); se valorará la indicación quirúrgica
IVC 5-6	Preferente	Tratamiento conservador y tópico (ya desde AP); se valorará la indicación quirúrgica
Complicaciones: varicorragia, tromboflebitis	Manejo inicial en su centro de atención primaria	Primer episodio: derivación normal para estudio por el especialista Riesgo vital en varicorragia. Derivación urgente Recidiva o mala evolución: derivación preferente Duda diagnóstica: derivación preferente Sospecha de TVP asociada: derivación urgente (considerar anticoagulación precoz en pacientes con bajo riesgo de hemorragia)

* La prioridad se establecerá en función de las posibilidades del centro de referencia; no obstante se recomienda: normal (< 30 días); preferente (< 15 días); urgente (en el día).

Figura 2 Criterios de derivación de atención primaria a cirugía. Criterios de derivación entre niveles asistenciales de pacientes con patología vascular. Documento de consenso semFYC-SEACV¹¹.

de consenso permiten establecer los criterios claves de derivación entre AP y cirujanos atendiendo a un mismo criterio. No obstante, conviene establecer los plazos y el grado de responsabilidad de cada nivel asistencial en función de la formación flebológica de los médicos de AP y de los tiempos de demora en las consultas de cirugía.

Los criterios de derivación al cirujano vascular y prioridades según el *documento de consenso de la semFYC-SEACV* se muestran en la [figura 2](#), donde insiste que dado el buen pronóstico vital de la IVC, conviene siempre individualizar los casos según el paciente.

Una vez establecida la indicación quirúrgica (responsabilidad del cirujano vascular) y realizada la intervención, el seguimiento del paciente deberá ser asumido de nuevo por AP, teniendo en cuenta la posibilidad de nuevas valoraciones quirúrgicas futuras según la evolución de cada caso.

Limitaciones del estudio

Las limitaciones del estudio son las propias de los estudios de naturaleza descriptiva correlacional. No permiten establecer relaciones causales entre variables. No permiten informar sobre asociación real entre variables, lo máximo

que permiten es informar sobre la relación o que parece existir asociación entre aquellas variables analizadas.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo 1.

ANEXO 5

Por favor conteste a estas cuestiones. Ante un paciente que tiene que remitir a Atención Especializada por sospecha de insuficiencia venosa de miembros inferiores, cómo puntuaría estos criterios a la hora de derivar.

Códigos de respuesta: Nunca 0 A veces 1 La mayoría de las veces 2 Siempre 3

Ejemplo: 1. Tiene en cuenta la edad 3 Significaría que siempre lo pregunta

1. Tiene en cuenta? Edad: Sexo: Profesión:
 2. Usted pregunta sobre antecedentes familiares de varices?
 3. Evalúa el dolor de los miembros inferiores, localización, modificación.....
 4. Descarta síntomas de radiculopatía, osteoporosis o artrosis?
 5. Pesadez en las piernas, y que empeoran en verano y/o con la menstruación en caso de ser mujer:
 6. Edemas en piernas al final del día y mejora tras el descanso nocturno en decúbito?
 7. Inspeccionaría los miembros inferiores en bipe y supino (el responder este ítem descarta estos dos siguientes).....sólo en bipe sólo en supino
 8. Considerando la presión asistencial, de qué tiempo dispone aproximadamente para estos pacientes?.....minutos.
 9. Usa en su centro de salud el doppler de bolsillo
 10. Calcula el ITB?
- En el último año, tuvo en su centro de Programas de Formación Continuada en IVC: SI
- NO

Gracias por su colaboración.

Bibliografía

1. Kurz X, Kahn SR, Abenhaim L, Clement D, Norgren L, Baccaglioni U, et al. Chronic venous disorders of the leg: Epidemiology, outcomes, diagnosis and management. Summary of an evidence-based report of the VEINES task force. *Int Angiology*. 1990;18:83-102.
2. Vanhoutte PM, Corcaud S, de Montrion C. Venous disease: From pathophysiology to quality of the life. *Angiology*. 1997;48:559-67.
3. Calvo J, Vila R, Lapiedra O. Insuficiencia venosa crónica. Conceptos actuales. *An Cir Card Vasc*. 2004;10:96-105.
4. Caba-Cuevas M, Díaz-Sánchez S, Navas-Hergueta ML. Insuficiencia venosa. *AMF*. 2008;4:603-8.
5. Vieiras O, Rodrigo I, Villa R. Insuficiencia venosa crónica. *Fisterra: guías clínicas Sept 10, 2007*. Disponible en: <http://www.fisterra.com/fisterrae/guías>
6. Friedman S. Enfermedad venosa y sus complicaciones. *Clin Med Norteam*. 1967;60:1093.
7. Callam M. Prevalence of chronic leg ulceration and severe chronic venous disease in Western countries. *Phlebology*. 1992; Suppl 1:6-12.
8. Brand F, Dannenberg A, Abbott R, Kannel W. The epidemiology of varicose veins: The Framingham study. *Am J Prev Med*. 1988;4:96-101.
9. Delis KT, Ibegbuna V, Nicolaidis AN, Lauro A, Hafez H. Prevalence and distribution of incompetent perforating veins

- in chronic venous insufficiency. *J Vasc Surg.* 1998;28: 815–25.
10. Mattos MA, Sumner D. Direct noninvasive tests (duplex scan) for the evaluation of chronic venous obstruction and valvular incompetence. En: Gloviczki P, Yao JST, editores. *Handbook of venous disorders.* 2nd ed. NY: Arnold; 2001. p. 120–31.
 11. Bellmunt S, Díaz S. Criterios de derivación entre niveles asistenciales de pacientes con patología vascular. Documento de consenso semFYC-SEACV. *Angiología.* 2012;64: 135–45.
 12. López-García A. Evaluación del paciente con insuficiencia venosa crónica. *Clínicas de Norteamérica.* 2004;68: 35–8.
 13. Criterios de derivación entre niveles asistenciales de pacientes con patología vascular. Documento de consenso semFYC-SEACV. *Angiología.* 2012; 64:135-145.