

Impacto social de la enfermedad venosa

Perla Adriana Albornoz

Hospital Regional de Concepción. San Luis 150, Concepción, Tucumán, Argentina.

Consultorios Médicos Magna. San Juan 417, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina.

Flebología 2017;43:44-50

Resumen

La insuficiencia venosa crónica puede definirse como aquellos cambios producidos en las extremidades inferiores como resultado de la hipertensión venosa prolongada, incluyendo la hiperpigmentación, eccema, dermatitis de estasia y las úlceras. Los desórdenes venosos en las extremidades inferiores ocurren frecuentemente y en un amplio rango de severidad; observándose desde las telangiectasias asintomáticas, presentes en aproximadamente el 80% de la población adulta, hasta los severos cuadros de ulceración y lipodermatoesclerosis de las extremidades en el 1-2% de una misma población. En su desarrollo influyen diversos factores: genéticos y hereditarios, edad, sexo, embarazo, hormonales, ortostatismo y traumatismos directos en la pared venosa. La gran importancia de esta patología es el impacto que produce en la sociedad, ya que su alta incidencia y prevalencia; el deterioro de la calidad de vida del paciente y su entorno que produce; los trastornos emocionales asociados y el gran gasto en salud que todo esto implica, hacen de la enfermedad venosa crónica un preocupante problema de salud en todo el mundo.

Palabras claves. Enfermedad venosa crónica, impacto social, calidad de vida.

Social impact of venous disease

Summary

Chronic venous insufficiency can be defined as those changes produced in the lower extremities resulting from prolonged venous hypertension,

including hyperpigmentation, eczema, stasis dermatitis and ulcers. Venous disorders in the lower extremities occur frequently and in a wide range of severity; observing from the asymptomatic telangiectasias, present in approximately 80% of the adult population, to the severe cases of ulceration and lipodermatoesclerosis of the limbs in 1-2% of a same population. Its development can be influenced by genetic and hereditary factors such as: age, sex, pregnancy, hormonal, orthostatic and direct traumas in the venous wall influence. The great importance of this pathology is the impact it produces in society, because, due to its high incidence and prevalence; the deterioration of the quality of life of the patient and the environment that it produces; the associated emotional disturbances and the great health cost that all this implies, make the chronic venous disease a worrisome health problem in the whole world.

Key words. Chronic venous insufficiency, society impact, quality of life.

Introducción

La insuficiencia venosa crónica es una de las patologías más comunes en el mundo occidental, acompañándose de una significativa morbilidad, discapacidad y deterioro de la calidad de vida.¹ Esta situación trae como resultado problemas médicos y económicos sustanciales. La demanda de servicios de salud por la insuficiencia venosa crónica es inmensa: en Francia, por ejemplo, es la séptima causa de consulta médica. El costo de esta enfermedad para la sociedad es enorme, excediendo los 10 millones de euros por millón de habitantes por año, en países como Francia,² Italia³ e Inglaterra.⁴ En los Estados Unidos de América se reporta un total de 150.000 casos nuevos por año, lo que representa para el sistema de salud americano más de medio billón de dólares.^{2,5}

Correspondencia: Perla Adriana Albornoz
Correo electrónico: perlaaalbornoz@gmail.com

El Consenso Internacional del Comité de Enfermedades Venosas Crónicas de la Sociedad de Cirugía Vasculare y la Sociedad Internacional de Cirugía Cardiovascular Capítulo Norteamérica definen a esta patología como una "función anormal del sistema venoso causada por incompetencia valvular con o sin obstrucción del flujo venoso de salida, lo cual puede afectar al sistema venoso superficial, al sistema venoso profundo o a ambos.^{6,7} La disfunción venosa puede ser resultado de desórdenes adquiridos o congénitos". El término postrombótico puede ser usado si el paciente ha experimentado un episodio documentado y objetivo de trombosis venosa profunda.

Hasta el día de hoy la información epidemiológica de esta enfermedad es escasa. Mucha de la información que ha surgido al respecto proviene de estudios sobre ulceración venosa realizados en diversos países. Además, la introducción del ecodoppler en la evaluación de la patología venosa originó la introducción de nuevos términos y conceptos, lo que provocó cambios en los datos epidemiológicos de esta entidad. A pesar de esto, se conoce que la prevalencia, en mayores de 15 años, es del 10 al 15% en hombres y de 20 a 25% en mujeres.⁸

Definición de enfermedad venosa

La Unión Internacional de Flebología estableció la definición de insuficiencia venosa crónica como aquellos cambios producidos en las extremidades inferiores resultado de la hipertensión venosa prolongada, incluyendo la hiperpigmentación, eccema, dermatitis de estasia y las úlceras.⁹ Implica una anomalía funcional del sistema venoso y se reserva usualmente para enfermedades más avanzadas que incluyen edema, cambios en la piel o úlceras venosas.

Epidemiología

Los desórdenes venosos en las extremidades inferiores ocurren frecuentemente y en un amplio rango de severidad; observándose desde las telangiectasias asintomáticas, presentes en aproximadamente el 80% de la población adulta, hasta los severos cuadros de ulceración y lipodermatoesclerosis de las extremidades en el 1-2% de una misma población.

Desde el 10% al 35% de los adultos en EEUU tienen alguna forma de trastorno venoso crónico que varía desde arañas vasculares y várices simples hasta llegar a úlceras venosas, que afectan al 4% de la población mayor de 65 años.^{2,5}

En España, según el estudio Detec-IVC en el cual

se incluyeron 21.566 pacientes, el 68% de los pacientes presentaban algún signo o síntoma de insuficiencia venosa crónica, el 80,2% eran mujeres y el 19,2 % hombres.¹⁰

Etiología y factores de riesgo

En general, se denomina enfermedad venosa primaria o esencial a aquella cuya causa se desconoce pero que está en íntima relación con factores genéticos. La enfermedad venosa secundaria es debida a factores hormonales, traumáticos, etc.¹¹

Factores genéticos y hereditarios. Desde hace muchos años se han propuesto factores genéticos en relación con los desórdenes venosos crónicos; a su favor se han descrito casos de agenesia congénita de las válvulas venosas, y se ha encontrado que la función venosa es similar en los gemelos monocigóticos. Un estudio demostró que las mutaciones en el gen FOXC2, implicado en el desarrollo linfático y vascular (el cual está situado en el cromosoma 16q24.3), están fuertemente asociadas con la falla valvular venosa primaria tanto en el sistema venoso superficial como en el profundo y estos hallazgos fueron nuevamente confirmados por otro reciente estudio en el que se evaluaron 9 familias con su fenotipo y análisis de ADN. El factor de riesgo independiente, no modificable, más importante que se ha descrito es la herencia. Algunas hipótesis han relacionado cambios en la composición de la pared venosa, por ejemplo en el colágeno, la elastina o el contenido del músculo liso que pueden llevar a debilidad y dilatación de la pared venosa, y debilidad de las válvulas. Sin embargo, la patogénesis de la incompetencia valvular tampoco ha sido establecida. Un estudio precisó el riesgo de desarrollar venas varicosas en un 90% cuando ambos padres estaban afectados, mientras que el riesgo fue solamente de un 20% cuando los padres no las padecían.

Trauma directo sobre la pared venosa

Como en el caso de la trombosis venosa profunda (TVP), o de cualquier impacto que lesione directamente la pared venosa o las válvulas, la trombosis daña las válvulas venosas, y la destrucción de ellas resulta en reflujo e hipertensión venosa en los miembros inferiores. La mayoría de los estudios que analizan la presentación de insuficiencia venosa después de una trombosis venosa coinciden en detectar alteraciones en más de la mitad de los pacientes, con incidencias tan altas como del 97% en los estudios en

los que se han realizado seguimientos a largo plazo (6 años). Otra causa de dilatación venosa la constituyen las fístulas arteriovenosas, ya sean congénitas, traumáticas o quirúrgicas.

La edad

Aunque no es un factor causal, ha sido un claro factor de riesgo en forma directa para los desórdenes venosos, es decir que la prevalencia se incrementa de manera lineal con la edad, y a su vez, la población cada vez más longeva estaría incrementando la prevalencia de la enfermedad.

El sexo

La gran mayoría de los estudios encontraron predominancia del género femenino, asociada a factores hormonales.

Embarazo

El antecedente de embarazo y el número de ellos han sido relacionados con los desórdenes venosos crónicos. Los cambios hormonales, el volumen sanguíneo incrementado y la obstrucción del retorno venoso durante el embarazo han sido los mecanismos propuestos para esta correlación. La mayoría de las mujeres que desarrollan venas varicosas durante el embarazo lo hacen en el primer trimestre. Se han implicado, además, efectos obstructivos por el aumento del tamaño del útero en la aparición de várices durante el segundo y tercer trimestre de embarazo. Aunque los factores hormonales y el embarazo influyen en las características de la pared venosa, estos cambios pueden ser temporales y desaparecer después del período de gravidez.

Factores hormonales

En relación con la ingesta de hormonas (el uso de anticonceptivos y la terapia de reemplazo hormonal), estas parecen estar más directamente asociadas con la tromboembolia venosa que con las várices. La Organización Mundial de la Salud designó a un grupo de científicos para revisar la literatura concerniente a la asociación entre tromboembolia venosa y el uso de anticonceptivos o de hormonas vía oral. El estudio se enfocó especialmente en los efectos cardiovasculares de los anticonceptivos esteroideos; sin embargo, reportó que las usuarias de anticonceptivos orales tienen un riesgo de tromboembolia venosa de 3 a 6 veces mayor que las no usuarias, especialmente de aquellos que contienen desogestrel y gestodene.

En estos informes no se reporta específicamente la asociación con insuficiencia venosa crónica, excluyendo las complicaciones tromboticas, ya que no era el objetivo del estudio. En realidad, no hay una relación demostrada causa-efecto entre estos dos factores, pero se ha considerado como un factor agravante en presencia de otras condiciones que favorecen la presentación de insuficiencia venosa crónica.

Ortostatismo

Ciertamente, existe la creencia popular de que estar de pie por lapsos prolongados ocasiona várices. En realidad, no hay una relación demostrada causa-efecto entre estos dos factores, pero se ha considerado como un factor agravante en presencia de otras condiciones que favorecen la presentación de insuficiencia venosa crónica. La base biológica para el ortostatismo prolongado como factor de riesgo es la presión hidrostática incrementada dentro del vaso.

Clasificación CEAP

Para estandarizar el reporte y tratamiento de las diversas manifestaciones de los trastornos venosos crónicos, se elaboró un sistema de clasificación completo (CEAP), que permite el diagnóstico y comparación uniforme de poblaciones de pacientes.

Creado por un comité internacional ad hoc del Foro Venoso Americano en 1994, ha sido avalado en todo el mundo y es ahora la norma aceptada para clasificar los trastornos venosos crónicos.

| Clasificación CEAP de la enfermedad venosa crónica | Clasificación clínica |
|--|--|
| C0 | Ningún signo visible o palpable de enfermedad venosa |
| C1 | Telangiectasias o venas reticulares |
| C2 | Venas varicosas |
| C3 | Edema |
| C4a | Pigmentación o eccema |
| C4b | Lipodermatoesclerosis o atrofia blanca |
| C5 | Úlcera venosa cicatrizada |
| C6 | Úlcera venosa activa |

Los fundamentos de la clasificación CEAP incluyen una descripción de la clase clínica (C) con base en signos objetivos, la etiología (E), la distribución anatómica (A) del reflujo y obstrucción y la fisiopatología subyacente (P), ya sea que se deba a reflujo u obstrucción.

Enfermedad venosa y calidad de vida

El interés por la calidad de vida ha existido desde los albores de la humanidad, pero la aparición de este concepto y la preocupación por su evaluación científica son relativamente recientes. Estamos ante un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como salud, educación, economía, política y el mundo de los servicios en general. Muchos trabajos de investigación médica emplean el término calidad de vida relacionada con la salud como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de su enfermedad o de la aplicación de determinados tratamientos en diversos ámbitos de su vida, especialmente las consecuencias en su bienestar físico, emocional y social. De esta forma, las tradicionales medidas clínicas (p. ej., mortalidad o morbilidad) están dando paso a esta nueva manera de valorar el impacto de las enfermedades y los resultados de las intervenciones, comparando unas con otras; en esta línea, la meta de la atención en salud se está orientando no solo a la eliminación de la enfermedad, sino también a la mejora de la calidad de vida del paciente. De hecho, cada vez se pone el acento en la calidad más que en la cantidad de años vividos, sin que ello excluya lo segundo. Algunos estudios muestran que la calidad de vida relacionada con la salud está significativamente disminuida en los pacientes con diferentes enfermedades vasculares (p. ej., enfermedad arterial periférica, aneurismas o várices). En la trombosis venosa profunda, aparte del riesgo de embolia pulmonar, la frecuente aparición del síndrome posttrombótico que restringe las actividades diarias de los pacientes también modifica su calidad de vida.

Diversos factores, tales como dolor, dificultad de movilidad, reducción de la autoestima, aislamiento social, incapacidad para el trabajo, alteración de la imagen corporal y depresión afectan la calidad de vida de personas con heridas crónicas en miembros inferiores.

El concepto "calidad de vida" ha mostrado considerables variaciones a lo largo del tiempo. Actualmente "calidad de vida" hace referencia a la evaluación objetiva y subjetiva de los siguientes puntos:

salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos, y se lo puede definir como una medida compuesta de bienestar físico, mental y psicológico, tal y como lo percibe cada individuo y cada grupo (Levi y Anderson). Desde esta perspectiva, la calidad de vida es un concepto básicamente referido al tipo de respuesta individual y social ante un conjunto de situaciones reales de la vida diaria. Así, aunque se evalúan los componentes de bienestar objetivo, se considera primordial la percepción y estimación de ese bienestar objetivo, el análisis de los procesos que conducen a esa satisfacción y los elementos integrantes de la misma. Existe una tendencia general y creciente a evaluar las consecuencias de una enfermedad crónica y de sus tratamientos en términos de su influencia en la calidad de vida. Ante esta perspectiva, es necesario conceptualizar la calidad de vida y el bienestar psicológico como variables tan relevantes como la mejoría de los síntomas clínicos.¹²

En general, la severidad y el impacto de los desórdenes venosos se encuentran subestimados. La enfermedad venosa puede producir considerable morbilidad y demandar enormes recursos del presupuesto de salud. Las incapacidades por esta causa son frecuentes, y para el individuo conllevan una afectación de la calidad de vida, que puede ser permanente, y llegar incluso hasta la invalidez.

Instrumentos para medir calidad de vida

Los instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) surgen entre 1970 y 1980 y se clasifican en genéricos y específicos (de enfermedad).

Los instrumentos genéricos son aplicables a una gran variedad de problemas, mientras que los específicos están diseñados para aplicarlos a un proceso concreto, en nuestro caso a la enfermedad venosa. Por ello, los instrumentos genéricos permiten comparar la CVRS de pacientes con distintas enfermedades, pero pierden profundidad y sensibilidad a los cambios de la calidad de vida relacionada con la salud en los ensayos clínicos o en la práctica clínica. Para emplear cualquier instrumento de medida de calidad de vida relacionada con la salud, ya sea genérico o específico, se precisa una validación para cada lengua y cada cultura. Si pocos estudios han evaluado la calidad de vida en relación con la enfermedad venosa, en parte se ha debido a la escasez de instrumentos específicos para su medición. Hace solo 4 años, Van Korlaar y col., revisando la calidad

de vida en la enfermedad venosa, identificaron 25 artículos (que empleaban seis instrumentos genéricos y diez específicos). Únicamente diez estudios hacen mención a la enfermedad venosa, y solo describían un instrumento de medida específico para esa enfermedad. La mayoría de los estudios empleaban instrumentos genéricos tales como el Nottingham Health Profile (NHP) o el Short Form Health Survey (SF-36) y modificaciones de este. Finalmente, también describen dos instrumentos específicos de enfermedad venosa: el Venous Insufficiency Epidemiologic Economic Study Questionnaire (VEINES-QOL) y el Chronic Lower Limb Venous Insufficiency Questionnaire (CIVIQ).¹³

Se conoce la existencia de cuatro instrumentos específicos de enfermedad venosa. En 1999, el grupo americano de Mathias y col. desarrolló el primer cuestionario para medir la trombosis venosa profunda (Health-related Quality of Life Questionnaire for Deep Venous Thrombosis). Ese cuestionario está basado en otros (SF-12, Health Utilities Index) y en ítems clínicos. A pesar de tener casi una década de vigencia, su impacto ha sido escaso. Un segundo cuestionario fue el diseñado por los holandeses Van Korlaar y col. denominado Venous Trombosis Quality of Life (VT-QOL), que se basa en 8 ítems procedentes de tres cuestionarios (Mathias, VEINES-QOL/Sym, y CIVIQ). Sobre 45 pacientes con TVP, y con ayuda de un instrumento genérico (SF-36), obtuvieron una correlación significativa entre todas las subescalas en estudio. El mismo año, los suecos Hedner y col. desarrollaron otro cuestionario específico de TVP (Deep Venous Trombosis Quality of Life o DVTQOL). Un total de 121 pacientes consecutivos y diagnosticados de una TVP proximal y tratados con warfarina fueron incluidos en su estudio. Los pacientes completaron dos cuestionarios genéricos (SF-36 y EuroQol) y la versión experimental (DVTQOL). El cuestionario DVTQOL final consta de 29 ítems que estudian seis dimensiones: angustia, síntomas (dolor, hinchazón de los tobillos, calambres, hematomas), limitación en la actividad física, problemas con los controles de coagulación, trastornos del sueño y problemas dietéticos. Los dominios del SF-36 y el EuroQol se correlacionaron con el DVTQOL, y lo confirman como un instrumento de medida específico, fiable y válido. Sin embargo, todavía hay que explorar su sensibilidad al cambio en los ensayos clínicos. En contraste con los instrumentos citados, el DVTQOL se centra en los síntomas, las molestias y los problemas relacionados con la gestión de la

anticoagulación después de la TVP. El cuarto y último cuestionario se debe al grupo canadiense liderado por Kahn y col.; ellos demostraron la validez y fiabilidad del cuestionario VEINES-QOL/Sym para evaluar la calidad de vida y los síntomas en 359 pacientes con TVP. Aunque se trata de una adaptación de un cuestionario específico de enfermedad venosa en general (concretamente, insuficiencia venosa), se comportó como si de un cuestionario específico de TVP se tratara. De hecho, es el más utilizado en los estudios publicados, fundamentalmente porque sus autores son muy prolíficos en este campo. Ninguno de los cuestionarios específicos referidos está adaptado y validado al español; lo más cercano es el CIVIQ12. Ello es importante porque únicamente el desarrollo de cuestionarios específicos validados puede alentar a los investigadores a incluir la calidad de vida como una medida de resultado.^{13,14}

Enfermedad tromboembólica y calidad de vida

Los primeros estudios, medidos con NHP y SF-36, ya informaron de una merma de la calidad de vida relacionada con la salud en el curso de una enfermedad tromboembólica, tanto en la fase aguda como después (síndrome posttrombótico). Se han constatado problemas de funcionamiento, bajos niveles de energía, trastornos del sueño, dolor y limitaciones en la movilidad física. A largo plazo, también se altera la calidad de vida en relación con los síntomas y su intensidad (dolor, hinchazón, pigmentación o ulceración).

La trombosis venosa profunda es una afección frecuente que, además, amenaza la vida. Así como el diagnóstico y el tratamiento de la TVP se han estudiado ampliamente, solo unos pocos estudios han examinado los efectos de esta enfermedad en la calidad de vida. Dicho de otra manera, la perspectiva del paciente con TVP se ha cuantificado poco. Dos estudios recientes han valorado el impacto negativo de la TVP en la CVRS. En el primero de ellos, Van Korlaar y col. examinan los efectos de la TVP en la calidad de vida de 45 pacientes mediante un instrumento genérico (SF-36) y otro específico (VT-QOL). En comparación con la población general, los pacientes con TVP obtuvieron resultados significativamente inferiores en todas las subescalas investigadas. En un segundo y más amplio estudio, Kahn y col. evaluaron prospectivamente la CVRS de 359 pacientes con TVP. La calidad de vida se evaluó al inicio del estudio y 1 y 4 meses después del diagnóstico (SF-36 y VEINES-QOL y VEINESSym). Aunque a los 4

meses se apreció una mejoría significativa (en toda la serie), alrededor de un tercio de los pacientes presentaron un empeoramiento de la calidad de vida durante este seguimiento. Recientemente, Moore y col. aplicando la teoría de adaptación cognitiva a 123 pacientes con TVP, demostraron elevados niveles de angustia en las primeras etapas de adaptación a la trombosis (al mes), que puede explicar en parte la alteración de la calidad de vida relacionada con la salud después de una TVP.¹⁵

El síndrome posttrombótico es una complicación frecuente de TVP, y a pesar de ser una situación crónica en ocasiones incapacitante, tampoco ha sido bien caracterizado su impacto en la calidad de vida relacionada con la salud. Kahn y col. revisando la literatura sobre diversos aspectos del SPT, como sus efectos en la calidad de vida, señalan los pocos estudios al respecto. Actualmente disponemos de información adicional. Kahn y col. evaluaron la calidad de vida relacionada con la salud en 41 pacientes con TVP previa. Los pacientes se repartieron en dos grupos: con y sin SPT. Mediante los cuestionarios SF-36 y VEINESQOL/Sym, constataron que los sujetos con SPT tienen una calidad de vida significativamente peor que la población sin SPT, y empeora notablemente al aumentar la gravedad del SPT. Por su parte, Delis y col. investigaron el impacto a largo plazo de las TVP de localización iliofemoral en la calidad de vida, dada su capacidad de producir claudicación venosa. Incluyeron a 39 pacientes solo anticoagulados y excluyeron a los tratados con fibrinólisis o trombectomía. La mediana de seguimiento fue de 5 años. Se realizaron diversas investigaciones hemodinámicas y se evaluó la calidad de vida (SF-36). El 43,6% de los pacientes sufrieron claudicación venosa isolateral y presentaban un deterioro significativo del funcionamiento físico, mental y social. Kahn y col. comparan la gravedad de la enfermedad venosa y la CVRS en pacientes con enfermedad venosa crónica con y sin ETV previa. La población estudiada es una cohorte de 1.531 pacientes ambulatorios con enfermedad venosa crónica de Bélgica, Francia, Italia y Canadá (población VEINES). La gravedad de la enfermedad venosa se clasificó mediante CEAP, y la calidad de vida, mediante SF-36 y VEINES-QOL/Sym. El 10% (151) de los pacientes habían tenido una ETV. Pues bien, ese grupo tenía enfermedad venosa crónica más grave y una mayor frecuencia de úlceras curadas/activas. Además, en ellos la CVRS es peor que con otras formas de la enfermedad venosa crónica.

Costos en salud de la enfermedad venosa

Los costos directos e indirectos del tratamiento de las úlceras venosas pueden ser extremadamente altos. Los costos directos incluyen los gastos por drogas, apósitos y vendas, así como también los de atención médica. Los indirectos comprenden la pérdida de productividad y la disminución en la calidad de vida. Los costos anuales de la IVC se estimaron en más de 1.000 millones de dólares en los EE.UU. y entre 400 y 600 millones de libras en el Reino Unido, y representan el 1,5% al 2% del presupuesto en salud pública de los países europeos. Los costos totales del tratamiento están estrechamente relacionados con su duración, el tamaño de la úlcera y el volumen y características del exudado. El nivel de atención influye en los gastos de la terapia de las úlceras de miembros inferiores; la efectuada en el hogar genera menores gastos que la hospitalaria o la realizada en un centro de atención primaria, aunque es menos efectiva.¹⁶

Trastornos emocionales y enfermedad venosa

Las úlceras y sus secuelas producen un impacto emocional negativo en los pacientes, ya que se asocian con sentimientos de temor, aislamiento social, angustia, resentimiento, depresión y una imagen negativa de sí mismos. Además, hay alteraciones en la vida diaria secundarias al compromiso de la movilidad y al dolor, y problemas laborales como ausentismo y pérdida del empleo.

Las enfermedades crónicas pueden forzar muchos cambios de estilo de vida potencialmente estresantes, como por ejemplo dejar de hacer actividades que se disfrutaban, adaptarse a nuevas limitaciones físicas y necesidades especiales y pagar medicaciones y servicios de tratamiento costosos.¹⁷

Con el paso del tiempo, estas tensiones y sentimientos negativos pueden robarle al paciente la energía emocional necesaria para avanzar en la vida. La falta de progreso en su recuperación o el empeoramiento de los síntomas pueden desencadenar pensamientos negativos que aumentan los sentimientos de ansiedad y tristeza, que con frecuencia llevan a la depresión.

Debido a que la depresión conduce a menudo a malos hábitos alimentarios, falta de ejercicio e higiene inconsistente, puede inclusive complicar la recuperación de la enfermedad crónica y empeorar su estado físico en general, generando un círculo vicioso.

Muchas veces estos pacientes generan secundariamente situaciones de dependencia familiar, que si

bien al principio suelen repudiar, muchas veces terminan convirtiéndose en fuertes recursos para mantener la atención de sus familiares en ellos, incluso hasta llegar al extremo de no desear mejoría de la enfermedad por temor a perder la atención de la gente que los rodea.

Conclusión

Es sabido que la enfermedad venosa tiene gran impacto social debido fundamentalmente a su alta incidencia, el deterioro de la calidad de vida y el importante gasto en salud que genera.

La enfermedad venosa incluye una amplia gama de formas clínicas y se considera que los aspectos directamente vinculados al deterioro son el edema, el dolor, los trastornos tróficos, incluyendo la úlcera, y la anquilosis. Aunque la trombosis venosa aguda es considerada, como su nombre lo indica, un evento agudo, debe ser tenida en cuenta por su alta mortalidad por TEP y las graves secuelas posteriores que produce (síndrome posttrombótico).

Los aspectos vinculados a la calidad de vida se relacionan con la percepción y estimación del bienestar o deterioro del bienestar que produce esta enfermedad en los individuos afectados.

Los pacientes, en su gran mayoría, manifiestan alteración en la función física y rol físico aun cuando objetivamente no es evidenciable, ya que suelen atribuir incapacidad o impotencia funcional siempre que se altera la imagen del esquema corporal. El dolor está presente a veces desde estadios tempranos y otras, vinculado a úlceras venosas infectadas. La percepción del deterioro de su salud respecto a este suele ser extremadamente alta y en casos severos invalidante. La salud en general se ve afectada por todo lo anterior, como así también la vitalidad y la función social.

En cuanto a la esfera emocional, la enfermedad venosa conlleva una amplia gama de trastornos vinculados a ella, tales como trastornos del sueño, ansiedad y depresión. Los sentimientos de inferioridad, baja autoestima, dependencia, autocompasión, labilidad emocional son comunes en estos pacientes y terminan afectando gravemente a su entorno familiar.

Finalmente, y analizando todo lo anterior, es fácil deducir el alto costo en salud que produce la enfermedad venosa en una población. La cronicidad, los insumos y medicamentos necesarios, las internaciones repetidas y prolongadas, las intervenciones médicas, estudios complementarios, etc. son algunos de los factores relacionados con esta problemática.

Hoy es fundamental conocer todos estos aspectos y abarcar cada uno de ellos tomando conciencia y fomentando el trabajo interdisciplinario y el rol de la salud públi-

ca, y no olvidar nunca brindar a nuestra población calidad de vida.

Referencias

1. Kurz X, Kahn SR, Abenham L, Clement D, Norgren L, Bacaglini 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 Angiol* 1999; 18: 83-102.
2. Lafuma A, Fagnani F, Peltier-Pujol F, Rauss A. La maladie veineuse en France: un problema de sante publique meconnu (Venous disease in France: an unrecognized health problem) *J Mal Vasc* 1994; 19: 185-189.
3. Bartolo M. Impact socioeconomique des maladies veineuses en Italie. *Phlebologie* 1992; 45: 423-431.
4. Ruckley CV. Socioeconomic impact of chronic venous insufficiency and leg ulcers. *Angiology* 1997; 48: 67-69.
5. Piachaud D, Weddell JM. The economics of treating varicose veins. *Int J Epidemiol* 1972; 1: 287-294.
6. Porter JM, Moneta GL. Reporting standards in venous disease: an update. International Consensus Committee on Chronic Venous Disease. *J Vasc Surg* 1995; 21: 635-645.
7. Porter JM, Rutherford RB, Clagett GP, Cranley JJ, O'Donnell TF, Raju S, Zierler RE. Reporting Standards in venous disease. Prepared by the Subcommittee on Reporting Standards in Venous Disease, Ad Hoc. Committee on Reporting Standards, Society for Cardiovascular Surgery/North American Chapter. International Society for Cardiovascular Surgery. *J Vasc Surg* 1988; 8: 172-181.
8. Callam MJ. Epidemiology of varicose veins. *Br J Surg* 1994; 81: 167-173.
9. <http://blog.utp.edu.co/cirugia/files/2011/07/ANATOMIA-VENOSA-DE-LOSMIEMBROS-INFERIORES.pdf>.
10. Gesto-Castromil R, Grupo DETECT-IVC, García JJ. Encuesta epidemiológica realizada en España sobre la prevalencia asistencial de la insuficiencia venosa crónica en atención primaria. Estudio DETECT-IVC. *Angiología* 2001; 53: 249-260.
11. Simkin R. Etiopatogenia de las várices. *Tratado de patología venosa y linfática* 2008; 87-91.
12. Gómez-Vela M, Sabeh EN. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Disponible en: www.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm.
13. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med*. 1993; 118: 622-629.
14. Hamming JF, De Vries J. Measuring quality of life. *Br J Surg* 2007; 94: 923.
15. Lamping DL. Measuring health-related quality of life in venous disease: practical and scientific considerations. *Angiology* 1997; 48: 51-57.
16. Lozano F. La insuficiencia venosa crónica en España. Estudio epidemiológico RELIEF. *Angiología* 2001; 53: 5-16.
17. Medina MA y col. Impacto socioeconómico de la insuficiencia venosa crónica en una zona básica de salud de atención primaria. *Rev Esp Econ Salud* 2004; 3: 336-344.