

11226  
2ej  
211



# Universidad Nacional Autónoma de México

Instituto Mexicano del Seguro Social  
Unidad de Medicina Familiar 21

“Síndrome varicoso y su manejo en el  
primer nivel de atención”

## Tesis de Postgrado

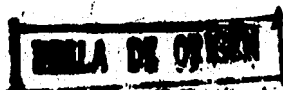
Que para obtener la Especialidad en  
MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

**DR. RODOLFO OCHOA SALDAÑA**



**IMSS**  
SEGURIDAD PARA TODOS



México, D. F.

Enero de 1985



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E

INTRODUCCION.....	I
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
OBJETIVO.....	18
HIPOTESIS.....	19
RESULTADOS.....	20
ANALISIS Y CONCLUSIONES.....	22
SUGERENCIAS.....	24
GRAFICAS	
BIBLIOGRAFIA.....	26

## INTRODUCCION

El término várice o flebectasia significa el aumento y elongación de las venas superficiales de las extremidades inferiores (1). Esto es consecuencia de la presión venosa, pudiendo conducir a la insuficiencia venosa crónica - (13).

Se llaman várices esenciales o primarias, cuando obedecen a causas idiopáticas; y se les denominan secundarias, cuando es un proceso obstructivo el que las ocasiona, como lo es la secuela postrombótica o postinfecciosa, ya que impide el retorno venoso por fibrosis y recanalización con destrucción valvular. En las fistulas arteriovenosas traumáticas, por la comunicación directa entre una arteria y una vena que permiten que la presión arterial se proyecte íntegramente en el lado venoso. En las angiodisplasias, que cursan con agenesia o hipogenesia venosa. Y en las fistulas arteriovenosas congénitas el mecanismo es más complejo, ya que pueden estar presentes todas las alteraciones mencionadas (4).

Cualquiera que sea la etiología del síndrome de insufi

ciencia venosa crónica, la fisiopatología es la misma: la hipertensión venosa distal se transmite a la porción venosa de la red capilar, que como resultado inunda el espacio intracelular, produciendo el edema, por lo que se retarda el intercambio de sustancias y se produce acumulación de productos del metabolismo celular ( $\text{CO}_2$ ) con acidosis tisular, aumentando la hidrofilia de los coloides celulares y produciendo edema intracelular. Finalmente, la pared capilar alterada, agregada de la acción de los polipéptidos liberados (bradiquinina, serotonina, etc.) permite el paso de elementos figurados de la sangre y seroproteínas al espacio intersticial aumentando la presión oncótica y reteniendo más agua y electrolitos que aumentan la presión tisular forzando el drenaje de la vía linfática y disminuyendo el aporte de sangre arterial por espasmo asociado a la metarteriola. Esto estimula las terminaciones nerviosas lo que explica el dolor. Estos cambios conducen a la proliferación de fibroblastos en el tejido celular subcutáneo, produciendo endurecimiento de los tejidos por fibrosis cicatrizal. El depósito de hemosiderina producto de la digestión de los hematíes filtzados y depósitos intracelulares de melanina ocasionando dermatitis ocre y celulitis indurada.

El cuadro varicoso de este síndrome generalmente está presente. En la insuficiencia valvular del sistema de las safenas interna y externa o de las comunicantes, las várices tienden a sistematizarse. En la secuela postrombótica, su desarrollo está en relación con la localización y extensión del segmento venoso profundo alterado, dando dilataciones venosas atípicas sin sistematización y aun de poco desarrollo; aunque cuando hay sistematización pueden confundirse con el caso anterior. En la fístula arteriovenosa traumática, las dilataciones venosas se localizan en el sitio de comunicación patológica. En la agenesia o hipogenesia venosa, se encuentran por debajo del nivel de la malformación, pudiendo tener un desarrollo considerable. En las fístulas arteriovenosas congénitas, pueden aparecer varicosidades secundarias, cuando existen troncos alimentarios de calibre importante, no siendo frecuente.

Las alteraciones venosas de la gestación suelen aparecer en el segundo trimestre del embarazo y desaparecer a veces hasta la 6a. semana del puerperio, siendo frecuente que reaparezcan en los siguientes embarazos y aún en los periodos premenstruales. Se señalan dos tipos de várices -

en las embarazadas. El primero corresponde a la insuficiencia de la safena interna, que aunque no guarda relación estrecha con la gestación, es una causa predisponente. El segundo tipo es el angiectide formado por un apeletonamiento vascular superficial circunscrito, de color azulado, cáiliente e hipersensible. Su aparición se debe a la gestación y se observa en un 10% de los casos (2).

El diagnóstico anatomofisiológico correcto puede lograrse en la mayoría de los casos, con la investigación de los antecedentes y una buena exploración venosa, mediante las maniobras clínicas que se complementan: la de compresión manual (Myers), y del llenado retrógrado (Frendelenburg y Perthes), para comprobar la competencia o incompetencia del sistema venoso profundo y superficial.(12).

El primer nivel de atención es el campo en el que el Médico Familiar ejerce su acción como especialista, por lo que para esto, se hace valer de un equipo de salud (trabajo social, Planificación Familiar, Laboratorio, Rayos X, o otros especialistas, etc.) haciendo promoción de la salud, brindando protección específica, realizando un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. De esto resulta, que ----

su labor preventiva, se relaciona estrechamente con el conocimiento de la historia natural de los padecimientos que atiende y que la adecuada aplicación de los métodos preventivos evitará o retardará estadios más avanzados de la enfermedad.

Este padecimiento que escogí como tema de tesis, resulta un reto para la capacidad del Médico de primer contacto (así como otras muchas patologías), por la complejidad de su fisiopatología y el polimorfismo con que suele presentarse. Que si bien compete al tratamiento definitivo en la mayoría de los casos al Angiólogo, antes de instituir cualquier modalidad de tratamiento, es necesario establecer una buena relación médico-paciente, para que con su colaboración se contribuya al éxito. Deberá estar conciente de revisiones periódicas, para detectar cualquier nueva alteración o complicación. Ejercitar los músculos de las pantorrillas que fortalecen las paredes venosas y mejoran el retorno venoso (natación, ciclismo, marcha sobre la punta de los pies, movimientos de pedal, flexión y extensión de los dedos de los pies. Evitar el ortostatismo prolongado, alternar la marcha con breves periodos de reposo con las -



extremidades elevadas, compresión con soportes elásticos (vendajes o medias elásticas), desde los tobillos hasta ar-  
najo de la rodilla y subirlas a medida que la insuficiencia venosa se extiende. Prohibir el rascado o frotarse las lesiones dermatológicas y evitar los traumatismos y el tabaquismo. Aplicar cremas o aceites inertes en las piernas.

Por lo tanto, el tratamiento debe dirigirse en primera instancia a eliminar la hipertensión venosa distal, la estasis y la congestión concomitante que se presentan en el síndrome varicoso por los mecanismos ya antes enunciados.

## ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

En años recientes, la literatura ha publicado numerosos artículos concernientes al síndrome varicoso y sus variados tratamientos, así como detallados comentarios sobre sus aspectos históricos.

Las venas varicosas superficiales, han sido reconocidas como una forma de enfermedad, desde los trabajos descritos por Hipócrates, hace aproximadamente 2500 años; y por Galeno (130-200 años d.C.), quienes recomendaban la extracción de las venas varicosas (4,II). Aegineta (650 a 690 años d.C.), describió un método para extraer y ligar las venas varicosas (3,4). El estudio sobre la anatomía y fisiología circulatoria, contribuyó enormemente a conocer la fisiopatología del Sistema Circulatorio. Así como para también idear las medidas de higiene venosa en que se basa el tratamiento médico. Galeno pensaba que la sangro se producía en el hígado; donde recibía el nombre de "espíritu natural" y de ahí fluía a la periferia debido a fuerzas de atracción y expulsión. Andrea Cesalpino (1519-1603), creó el término "circulación", y pensó en un sis-

tema circulatorio cerrado; algunas ideas de la circulación mayor y menor (tránsito pulmonar); y propuso que la sangre no se encontraba libre en los tejidos como se había supuesto durante muchos siglos. Sino que estaba contenida en un sistema arterial y venoso, conectado por finos vasos y capilares. El creía que la sangre se originaba en el corazón y le llamó "sangre caliente" a la que fluía en las arterias, y "sangre fría" a la que fluía en las venas; pero sin tener una idea clara de lo que eran las venas.

La primera persona en la tradición europea en proponer un tránsito separado de la sangre a través de los pulmones fue Michael Servetus (1511-1553), continuándolo Matteo Realdo Colombo (1516?-1559).

No fue sino hasta las observaciones de Fabricius, en donde se describieron las válvulas venosas; las cuales Harvey utilizó para sustentar su teoría circulatoria. Harvey demostró la dirección del flujo circulatorio hacia el corazón, a través de la vena cava (gran vena) y del corazón por la arteria aorta (arteria principal); además completó

el circuito entre arterias y venas, aún cuando no podía verlos. El descubrimiento de estas estructuras microscópicas, fué realizado después de la muerte de Harvey, por Marcelo Malpighi (1628-1694) (12).

El descubrimiento del manómetro de mercurio por Jean Poiseuille en el siglo XIX, ayudó a que se realizaran estudios más completos de las presiones vasculares.

Landbrook en el año de 1966, describió la posición anatómica de los vasos venosos profundos y de sus válvulas, como un sistema de bombeo alternante instalado en serie y en paralelo, para que las contracciones de los músculos de la pantorrilla impulsen el volumen sanguíneo contenido en las piernas (10).

Diversos métodos de tratamiento han sido usados a través de la historia de los padecimientos circulatorios.

La terapéutica con inyección esclerosante que se utiliza en ocasiones como alternativa o complemento de la cirugía (2), ya había sido descrita su técnica por Hipócrates (11) y cuya popularidad ha aumentado y disminuido periódicamente. Este método de tratamiento fué aplicado poco ti

empo después de inventarse la jeringa hipodérmica por Pravaz en 1851; pero las infecciones por falta de asepsia, los trastornos generales provocados por la toxicidad de las substancias que utilizaba y la necrosis producida, desacreditaron éste método, hasta que Sicard lo rehabilitó, perfeccionando la técnica. Utilizó soluciones de carbonato sódico, que poco tiempo después, reemplazó por salicilato de sodio. Este método tuvo favorable acogida y se difundió con rapidez. Pagan usa actualmente solución al 3% de tetracilsulfato sódico con excelentes resultados (2,5):

El primer tratamiento quirúrgico radical exitoso, fué descrito en Alemania, por Madelung en 1884. A Trendelenburg se le atribuye haber creado una operación lógica de las venas varicosas primarias, cuando ligó la safena interna a mitad del muslo. Perthes cuatro años más tarde, señaló que muchos de los pacientes así tratados, recidivaban de venas varicosas; y sugirió que la ligadura debiera ser al ras de la vena femoral, por arriba del punto de entrada de las tributarias subterminales de la vena safena interna. La realización de esta operación, suele atribuirse a Homans en 1916, la cual por sí sola, rara vez dará resultado

estético satisfactorio, si no se efectúan ligaduras múltiples, mediante incisiones largas o inyectando en fecha posterior, productos esclerosantes (2). La técnica para desgarrar o extraer por tracción la vena safena a nivel del ángulo safeno-femoral o en la unión safeno-poplitea, fué descrita en los Estados Unidos de Norteamérica, por Keller en 1905, y siendo continuada por Mayo y Babcock en 1907. Esta técnica fué abandonada, hasta que la perfeccionó Myers en 1947, empleando un alambre introducido dentro de la luz del vaso, siendo en la actualidad, el método más utilizado(5). El tratamiento quirúrgico de las venas varicosas postrombóticas, difiere, en que hay que identificar y cortar toda la vena que presente insuficiencia. Linton creó ésta técnica, en forma de incisión, desde el tubérculo tibial del maleolo interno y tiene ventajas sobre la propuesta por Cockett años más tarde (2).

Travel en 1904, fué el primero en utilizar el tratamiento combinado. En un primer tiempo, ligaba la safena interna, y 24 a 48 días después, inyectaba solución de fenol al 5%. Schiassi empleó el tratamiento combinado simultá-

neamente: ligaba la safena a nivel de la rodilla, e inmediatamente inyectaba una solución de lugol por una cámbula en un extremo distal. Luger (1927) empleaba un catéter ureteral para inyectar la solución a distancia de la ligadura. D'Allaines y Rosseau en Francia, publicaron buenos resultados. Oschner y Machorner (1939), aconsejaban la ligadura del cayado y la inyección de nornato sódico por el extremo distal. Howard, Mosskowitz, Ferguson y De Takats, publicaron buenos resultados; resaltando las ventajas del tratamiento ambulatorio, mediante ligadura del cayado o de las comunicantes insuficientes y esclerosis posterior. Martorell y Gols. (1941-1946), publicaron el tratamiento de várices basado en la flebografía, en el cual ligaban las comunicantes insuficientes causantes del reflujo y la hipertensión venosa en las venas superficiales.<sup>4</sup>

Martorell también describe por primera vez, a las várices por fístula arteriovenosa congénita y publica un arteriograma muy demostrativo, en el que se distinguen perfectamente, tres comunicaciones entre arteria femoral y venas perirrotulianas. En colaboración con Salleres en 1947 insiste sobre este método. v CH. Woolf (Suiza) 1947, G. Pratt

(E.E.U.U.) 1949, A. Benchinol (Argentina) 1950, A. Martorell (España) 1950 y P. Abdalia (Brasil) 1951, confirman la existencia de este nuevo tipo de várices. Pailachs y Vidal-Barracquer (1953), llegan a afirmar, que todas las várices tanto esenciales como postflebíticas, se deben a comunicaciones arteriovenosas (5, 22, 22).

El manejo médico, o sea, las medidas de higiene en padecimientos venosos, se ha venido usando desde hace mucho tiempo; posiblemente, desde que se tuvieron los conocimientos adecuados de la fisiopatología circulatoria. Desgraciadamente, no hay reportes históricos de los precursores de este manejo conservador por lo que no se comentan en esta tesis.



## OBJETIVO

Conocer el efecto del manejo conservador que se indica en el primer nivel de atención, a los pacientes con síndrome varicoso.

**OBJETIVO**

Conocer el efecto del manejo conservador que se indica en el primer nivel de atención, a los pacientes con síndrome varicoso.

## HIPOTESIS

Los pacientes con síndrome varicoso atendidos en el primer nivel de atención que no llevan adecuadamente el manejo conservador, desarrollan estadios más avanzados de insuficiencia venosa crónica.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El desarrollar un estudio de seguimiento en padecimientos venosos, resulta un tanto difícil, si se toma en consideración que este tipo de patologías, son casi imposibles de detectar en su inicio, así como su larga evolución y la oportunidad con que el paciente acude a consulta. Más aún, la carencia de recursos especializados del Médico Familiar hacen que la agudeza clínica constituya el factor más determinante para el diagnóstico de los mismos y que invariablemente son cuando los signos clínicos y sintomatología ya está presente; lo que hace que su verdadera acción preventiva que sería la conservación de la integridad de las venas, solamente aplaze el tiempo quirúrgico para la extirpación de las mismas.

## MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio prospectivo en 50 pacientes procedentes de la UMF # 21, captados en el servicio de Angiología, del Hospital General de Zona # 30 del I.M.S.S. Delegación Iztacalco, en México, D.F., en el lapso de tiempo comprendido entre el 10. de junio, al 15 de diciembre de 1984.

Los pacientes contaron con las características siguientes:

- Que presentaran várices primarias.
- Que su evolución no fuera mayor de 5 años.<sup>u</sup>
- Se excluyeron a los que presentaran úlceras flebotáticas
- Se estudiaron mediante historia clínica y maniobras de exploración venosa, tendientes a descartar afección venosa profunda: Prueba de Myers, para comprobar la competencia o incompetencia del sistema venoso superficial. Prueba de Trendelenburg, para comprobar la competencia o incompetencia del cayado de la safena interna. Prueba de Perthes, para verificar la permeabilidad del sistema venoso profundo.

Se efectuó un seguimiento en la evolución de estos pacientes, mediante una valoración previa, y en la cual se les indicaron las medidas de higiene venosa siguientes:

- Disminución de peso en caso de obesidad.
- Evitar prendas de vestir ajustadas.
- Evitar el tabaquismo.
- Evitar los esfuerzos prolongados y cuadros de constipación.
- Evitar la bipedestación prolongada.
- No hormonales.
- Reposo frecuente con las extremidades elevadas.
- Ejercicios de flexión y extensión de los dedos de los pies, marcha sobre la punta de los pies, movimientos de pedal.
- No embarazo.
- Uso de vendas o medias elásticas.
- Evitar traumatismos y rascado en las piernas.
- Aplicación de aceites o cremas inertes en las piernas.

Posteriormente, se les realizó un valoración final para observar el efecto del método conservador.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Como apoyo para valorar el seguimiento de los pacientes  
se aplicamos una encuesta a los mismos, mediante el siguiente

QUESTIONARIO

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

OCUPACION \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

1.-¿Desde cuando padece de várices?

0-1 años \_\_ 2-3 años \_\_ 4-5 años \_\_ 6 ó más años \_\_

2.-¿Cómo se ha tratado sus várices?

Medicina \_\_ Remedios \_\_ No se trata \_\_ Vendaje \_\_

3.-¿Qué siente o tiene en sus piernas?

Hinchadas \_\_ Várices \_\_ Dolor \_\_ Comezón \_\_ Manchas \_\_

Pesadas \_\_

4.-¿Ha seguido las medidas que le indicaron? Sí \_\_ No \_\_

5.-¿Porqué no las ha seguido?

Son molestas \_\_ Son caras \_\_ Se le olvida \_\_ No son neces  
sarias \_\_

6.-¿Cuales medidas no sigue?

Estar de pie \_\_ Vendaje \_\_ Disminución de peso \_\_ Ejerci  
cios \_\_ Tabaquismo \_\_ Anticoagulantes \_\_ Prendas ajustadas \_\_

7.-¿Han mejorado los síntomas? Sí \_\_ No \_\_

Hinchadas \_\_ Várices \_\_ Dolor \_\_ Comezón \_\_ Manchas \_\_

Pesadas \_\_

## RESULTADOS

Mediante los procedimientos antes descritos, se obtuvieron los siguientes datos:

De nuestra población estudiada de 50 pacientes, 13 de ellos correspondieron al sexo masculino (26%) y los 37 restantes al sexo femenino (74%). (Gráfica 1)

La edad mínima que se presentó fué de 18 años y la mayor de 43 años; siendo la moda de 26 años, la media de 29 y la mediana de 30.5. (gráfica 2)

La ocupación en la que el ortostatismo prolongado era casi inevitable fué de 18 casos (36%) y los restantes 32 casos (64%) podían cumplir con elevación alternada de miembros inferiores. (Gráfica 3)

Los pacientes que habían recibido tratamiento alguno, eran tratados 2 casos a nivel particular con fleboconstrictores (4%); 6 de ellos utilizaban remedios caseros (12%). 5 pacientes usaban soporte compresivo (10%) y los 27 restantes (54%) no habían recibido tratamiento previo (gráfica 4).

El cuadro clínico encontrado inicialmente fué: dolor en



50 pacientes (100%); prurito 33 casos (66%); pesantez 45 -- (90%); edema 17 casos (34%); várices 50 (100%); hiperpig -- mentación 2 casos (4%); úlceras cero casos (0%). (Gráfi--- ca 5).

Los pacientes que siguieron adecuadamente las medidas -- de higiene venosa indicadas fueron 46 (92%) cumpliendo con más del 60% de las medidas recomendadas y los otros 4 casos (8%) se debieron principalmente a ortostatismo prolongado -- y a que son molestas. (Gráfica 6)

El cuadro clínico final nos reportó que la sintomatología había disminuído en 41 pacientes (82%) de la siguiente mane -- ras: dolor lo presentaban 32 (64%); várices 50 (100%); pru -- rito 19 (38%); hiperpigmentación 3 casos (6%); pesantez 33 (66%); ulceraciones cero casos (0%). Los otros 9 pacientes restantes habían progresado en sus dilataciones venosas así como en su sintomatología, lo que los había hecho candidatos a cirugía en un término de 3 meses al cierre de este estudio. Representando un (18%).

## ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en nuestro estudio, encontramos que efectivamente, la mayor incidencia se encuentra en el sexo femenino, estando relacionada con la multiparidad, los quehaceres domésticos que requieren de bipedestación prolongada durante gran parte del día, el uso de anovulatórios hormonales, así como el incremento en el consumo del tabaco, etc.

La población joven es la más afectada y que está en la etapa productiva de la vida, con el gran riesgo de sufrir secuelas invalidantes.

La gran mayoría de ellos no habían llevado una profilaxis adecuada, lo que traduce falta de información en pacientes de este tipo, ya que además el mayor porcentaje (54%) no habían recibido tratamiento alguno previamente. Otros recurrían a tratamientos empíricos (12%) o estaban siendo tratados por Médicos particulares inadecuadamente (4%) solamente con medicamentos supuestamente fleboconstrictores.

El estudio comparativo con el cuadro clínico inicial y final utilizando adecuadamente las medidas de higiene venosa, revelan que son importantes las medidas conservadoras -

en la medida que disminuyeron su signo-sintomatología y no se detectó progresión a estadios más avanzados.

También se observó que 9 pacientes de los 50 estudiados - que constituyen un 18% evolucionó a estadios más avanzados con progresión de su dilatación venosa lo que condicionó a que fueran candidatos a safenectomía a corto plazo.

Cabe señalar que estamos concientes de que la brevedad - en cuanto a tiempo en este seguimiento, no nos permite asegurar que en los pacientes en los que el tratamiento conservador fué efectivo, permanezcan en etapa estacionaria - indefinidamente y que probablemente a pesar de estas medidas en un tiempo no precisado sean candidatos a tratamiento quirúrgico.

## SUGERENCIAS

El Médico Familiar, para actuar adecuadamente en el primer nivel de atención, debe de conocer la historia natural del síndrome de insuficiencia venosa crónica; para que con la colaboración del paciente y la integración de su equipo de salud, pueda brindar un servicio de óptima calidad.

Desde luego, el enfoque terapéutico a seguir en nuestra especialidad, debe de ser orientado a evitar que la enfermedad progrese a estadios más avanzados, tratando de preservar la integridad de las venas de los miembros inferiores; ya que también, en ocasiones, son necesarias para realizar sustituciones arteriales.

Este objetivo tiene su mayor aplicación en el periodo prepatogénico de la enfermedad en que una vez conocidos los factores de riesgo, se puede realizar prevención primaria mediante la promoción de la salud y la protección específica. Para tal logro se recomienda:

- Educar al paciente, explicándole los factores que conducen al desarrollo de insuficiencia venosa crónica, una vez que se conoce la tendencia hereditaria.
- Recomendarle que planifique su familia, utilizando el -

método antioceptivo más apropiado.

- Educación nutricional en colaboración con Dietología.
- Indicarle las medidas de higiene venosa.

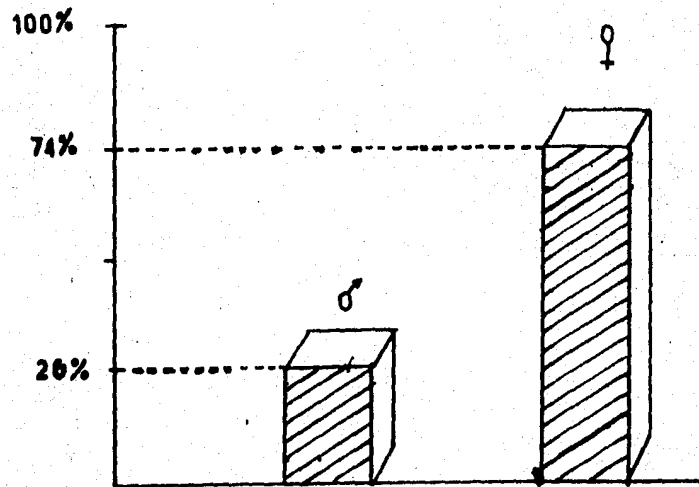
También tiene campo de acción el Médico Familiar en el periodo patogénico, antes de rebasar el horizonte clínicos:

- Realizar programas de control a grupos aparentemente sanos, con vistas periódicas, para que mediante el estudio clínico, efectúe un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

Una vez que se ha rebasado el horizonte clínicos:

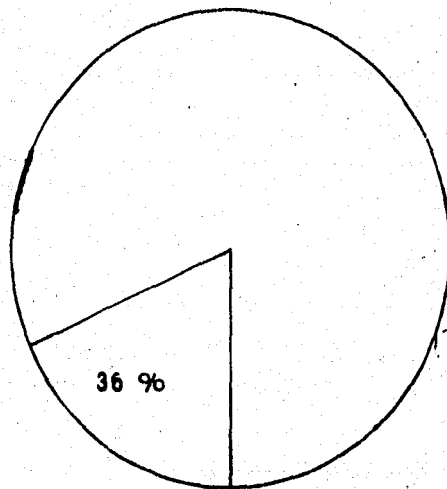
- Valorar si está indicado el tratamiento quirúrgico, para enviar al nivel de atención correspondiente.
- En los pacientes en que está contraindicado el tratamiento quirúrgico (várices pequeñas, aisladas o múltiples, difusas o localizadas, que no tengan cierta sistematización y que no correspondan a colectores insuficientes; - las telangiectasias; riesgo quirúrgico elevado; insuficiencia arterial crónica; paréticos, o que tengan las piernas colgadas permanentemente, obesidad exagerada), deberán continuar con el tratamiento profiláctico.

# RELACIÓN EN SEXO



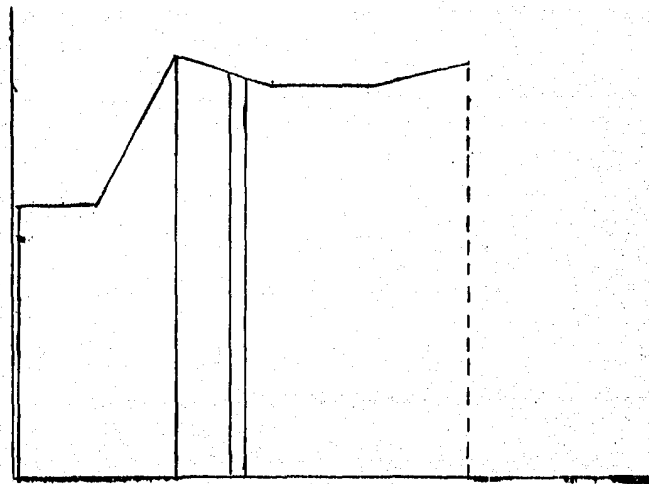
GRÁFICA 1

# OCUPACIÓN DE PIE



GRÁFICA 3

# E D A D E S



$X = 29$   
 $M_o = 26$   
 $M_d = 30.5$

$M_o$   $\bar{X}M_d$

X

GRÁFICA 2

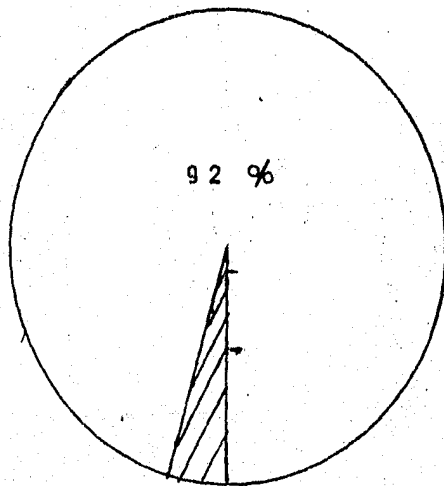


## SIGNO-SINTOMATOLOGÍA

	inicial	final
DOLOR	90 %	66 %
PESANTEZ	100 %	64 %
PRURITO	66 %	38 %
EDEMA	34 %	19 %
VÁRICES	100 %	100 %
HIPERPIGMENTACIÓN	4 %	6 %

PACIENTES QUE SIGUIERON ADECUADAMENTE

EL TRATAMIENTO MÉDICO



GRÁFICA 6

## BIBLIOGRAFIA

- I.- Guisa J y Azevedo. Diccionario de términos médicos de raíz griega. México: Polis, 1967: 120.
- 2.- G Sabiston David. Tratado de patología quirúrgica. México: Interamericana, 1974: 1564.
- 3.- Allen W Barker Hines. Periferal vascular diseases. New York, 1951: 564-7.
- 4.- Díaz Ballesteros Fernando. Los grandes síndromes vasculares. México: IMSS, 1984: 275.
- 5.- Martorell F. Angiología. México: Salvat, 1967.
- 6.- H Stein Jay. Medicina interna. México: Salvat, 1983: - 333-5.
- 7.- W G Tegan. Conservative treatment of varicose veins. Prog. Surg. II: 27, 1973.
- 8.- B H Jacoben. The value of different forms of treatment of varicose veins. B. J. Surg, 1979: 66: 132-4.
- 9.- Thompson H. Tailored treatment for varicose veins. B. Med. J. 1975, I: 593.
- 10.- J Lyons Albert, M.D. Medicine and illustrated history. New York, 1978: 432-4.
- 11.- Ochsner, Alton and machinery Howard. Varicose veins.

- St. Louis. The C. V. Mosby Company, 1939: 147.
- 12.- Velasco Escobedo Salvador. Diagnóstico y tratamiento de las várices primarias de las extremidades inferiores. México: 1977:7.
- 13.- González Díaz Lombardo C. Insuficiencia venosa crónica. Méd. al día. México: IMSS, 1978: 1: 15.
- 14.- Wright I S: Vascular diseases in clinical practice. - Second edition. Year book publishers, 1952: 455.
- 15.- Surós J. Semiología médica y técnica exploratoria. - México: Salvat, 1980: 333-5.
- 16.- A Krupp Marcus. Diagnóstico clínico y tratamiento. México: Manual moderno, 1981: 318-21.
- 17.- P Ljck Rainer. Atlas de patología quirúrgica. México: Harla, 1981: 392.
- 18.- Harvey, Johns, McKusick, Owens, Ross. The principles and practice of Medicine. New York: Appleton-Century-Crofts, 1980: 314-16.
- 19.- Robbins. Patología estructural y funcional. México: Interamericana, 1975: 603-4.
- 20.- Foley W T y Wright I S: Color Atlas and management of vascular disease. New York. Appleton-Century-Crofts - Inc. 1959: 29.