

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

Evaluación del Manejo de los Pacientes con Insuficiencia Venosa en Miembros Inferiores por el Médico Familiar.

TESIS DE POSTGRADO
Que para Obtener el Título de:
ESPECIALISTA DE MEDICINA FAMILIAR

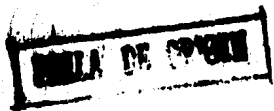
Presenta

Dra. Dulce Maria Pulido Cajica



Orizaba, Ver.

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.

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
- 3.- HIPOTESIS
- 4.- OBJETIVOS
- 5.- DISEÑO DE LA INVESTIGACION
 - a.- HISTORIA
 - b.- GENERALIDADES
 - c.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS
- 6.- PROGRAMA DE TRABAJO
 - a.-Material
 - b.-Metodos
- 7.- RESULTADOS
- 8.- CONCLUSIONES
- 9.- ALTERNATIVAS DE SOLUCION
- 10.- BIBLIOGRAFIA/

INTRODUCCION:

Las várices son un padecimiento tan antiguo como la misma humanidad, el problema de las várices o de la insuficiencia venosa superficial y profunda de miembros inferiores representa un problema para todo el género humano, ya que el hombre no ha sido capaz de adaptarse lo suficiente a la posición vertical sufriendo en algunas regiones de su ecónomia por este motivo. Aproximadamente un 20% de la población adulta sufrirá de varices en un mayor o menor grado.

Las venas varicosas, son un problema al que se enfrentan muchas personas y son una de las patologías mas frecuentemente observadas por el médico general y ocupan el primer lugar dentro de los padecimientos angiológicos. Sin embargo como son tan comunes el médico general casi siempre tiende a restarles importancia a los síntomas y trata esta entidad con menos entusiasmo del que muestran en otras enfermedades crónicas (!). Es frecuente que durante el embarazo, las venas varicosas aparezcan por primera vez, no obstante el ginecoobstetra, o el médico familiar preocupados por los síntomas propios de la gestación dejan pasar mucho tiempo sin considerar que hacer, de manera razonable para resolver las venas varicosas. Una décima parte de los adultos en los Estados Unidos tienen venas varicosas severas, y hasta un 50% padecen varicosidades menores, o varículas cutaneas dilatadas, siendo el porcentaje de cuatro veces mayor la frecuencia en las mujeres que en los hombres.

Cerca de la mitad de todos los pacientes con -
(11) vórices tienen antecedentes familiares de problemas -
venosos, y la proporción es aún mayor para aquellos con las
formas mas moderadas del padecimiento, se ha sugerido que
es tanto dominante autosómico como recesivo u otros modos -
recesivos de herencia vinculados con el sexo, pueden ser fac-
tores contribuyentes.

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Durante el 2o. semestre de 1984 observé que en la UMF # 7 del I.M.S.S. en la atención de los pacientes con problemas de várices de miembros inferiores, que presentaban agudización de sus síntomas, eran enviadas al 2o. nivel de atención médica sin otorgarles un diagnóstico clínico preciso, un tratamiento adecuado, para derivar únicamente a aquellos que ameritaran tratamiento quirúrgico, lo que se traducía en un largo estadio de preparación previa en el 2o. nivel para la resolución del problema.

Estimo que un buen estudio y tratamiento previo trascenderá en un menor número de envíos y menor tiempo en la resolución de la enfermedad con beneficio para el derechohabiente.

3.-HIPOTESIS

Un diagnóstico oportuno, veraz basado en un estudio clínico y de laboratorio completo efectuado en un primer nivel, se traduciría en un menor número de envíos a un segundo nivel de atención médica y en menor estancia de la p ciente previo al acto quirurgico cuando esto es necesario.

4.-OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL :

Investigar el manejo a nivel - primario de las pacientes con insuficiencia venosa superficial y profunda de miembros inferiores, cuyo manejo inadecuado repercute en el segundo nivel, y en una mala evolución del padecimiento con afección al paciente.

OBJETIVOS ESPECIFICOS :

1o.- Analizar el manejo de las pacientes con vérices por el médico familiar y detectar - las desviaciones en el mismo.

2o.- Relacionar la evolución de dichas pacientes, con las pacientes canalizadas y maneja - das en un segundo nivel.

3o.- Analizar las consecuencias que de ello derivan cuando son canalizadas a un segundo nivel de atención.

4o.- Valorar los resultados entre un grupo testigo manejado en forma deficiente, en relación a un grupo control derivado a un segundo nivel.

5.- Incentivar al médico fami - liar para que mediante la actualización en nuestra proble - mática modifique su conducta en el manejo de las pacientes con insuficiencia venosa.

5.-) DISEÑO DE LA INVESTIGACION

a.-) DATOS HISTORICOS

Las venas varicosas de los miembros inferiores se conocen desde hace muchos siglos. Hipócrates en el año 500 A.de C. las identifica y pregona las incisiones en la piel sobre las venas dilatadas para tratarlas, Celsus 600 años más tarde recomienda la incisión y extirpación de los trayectos venosos como lo pensó Galeno en el año 200 después de C.

En la sexta y séptima década, Aclius y Aegineta describieron métodos para ligar las venas safenas y extirpación desde su porción distal, tal y como se hace en la actualidad. La relación de úlceras en las piernas con venas varicosas fue mencionada por Paré en el siglo XVI y Wiseman en 1676 fue el primero en usar el término de úlceras varicosas. El también hizo mención que las úlceras en las piernas podían ser debidas a trombosis venosa profunda. Posteriormente Charles II manejo la úlcera mediante un soporte elástico. Sir Everard Home, en 1801 describió un flujo retrógrado que resulta cuando hay dilatación venosa produciendo incompetencia valvular.

En 1846, Brodie y en 1890 Trendelenburg mostraron que el flujo retrógrado de la vena femoral al sistema venoso de la safena, ocurría en algunos casos de venas varicosas.

Un soporte elástico fue introducido por un dermatólogo alemán Paul Unna en 1887.

Un breve estudio histórico sería incompleto si no se mencionara a John Homans cuyo reporte....

.....en 1916 refiere la ligadura del cayado de la safena interna a su llegada a la vena femoral y que fue el hecho mas significativo en el tratamiento quirúrgico de las várices.

La introducción de sustancias esclerosantes de las venas fue hecho por Linser en 1911 hecho que rápidamente se propago al mundo. La recurrencia de venas varicosas después de la terapia, esclerosante fue reportado rápidamente.

Moszkowicz popularizó la ligadura venosa después de la esclerosis como un mejor procedimiento en 1927. Keller en 1904 inicia el uso de fleboextractor en los E.U. El fleboextractor extraluminal fue descrito y usado por Charles Mayo en 1906.

La técnica de ligadura alta y extirpación del sistema safeno fue conocida años mas tarde, pero fue hasta las pasadas dos décadas a partir de 1965 como este procedimiento fue aceptado como el método mas adecuado para tratar las venas varicosas en los E.U de Norteamérica.

b.-) GENERALIDADES.

Las v^árices se clasifican como primarias o secundarias . Las primarias o esenciales son las mas comunes y afectan al 95% de las pacientes con trastornos venosos de miembros inferiores. Estos pacientes o bien carecen de v^álvulas venosas iliacas externas y funcionales o su fren hipoplasia valvular . Con la dilatación del cayado de la safena interna, experimentan crecientes presiones abdominales distalmente. La continua presión trae consigo una pérdida del tono muscular liso produciendo dilatación de la vena, esto produce que las v^álvulas se separen y por lo tanto hacen que las v^álvulas se vuelvan incompetentes.

Cuando la presión es mayor se produce la atrofia y degeneración de la fibrina de la pared de las venas. La cantidad total de colagenos y élastina de las paredes también disminuyen.

La presión hidrostática aumenta por estar de pie o sentado por largos períodos, o por una mayor presión de las venas de la pelvis durante el embarazo, o por un mayor volumen de sangre y los canales venosos adicionales que produce el sobrepeso corporal pueden agravar el proceso patológico básico. De igual manera es posible que las malformaciones congénitas vasculares también producen varicosidades primarias .

Las venas varicosas secundarias, como su nombre lo indica son el resultado de otra enfermedad, y la mas frecuente sería la tromboflebitis. Las v^álvulas del sistema venoso profundo y del sistema comunicante, son dañadas o destruidas durante la evolución o resolución de un trombo o flebitis.

Debe cuidarse este efecto de compresión para impedir el efecto de torniquete en la rodilla. Con frecuencia la -- compresión hasta la rodilla es deficiente, las medias deben ponerse después de que las piernas se han elevado durante -- algunos minutos y de preferencia se deberan hacer antes de -- levantarse por la mañana. Por las noches, se deben quitar -- ya que no existe presión que vencer. En ocasiones es difi-- cil que la paciente efectúe estas maniobras por sí sola re-- queriendo de ayuda.

Las dermatosis que afectan la parte inferior de la -- pierna, pueden ceder con el descanso y a una terapéutica lo -- cal y sencilla, tales son sustancias lubricantes inertes -- que se colocan sobre las áreas secas y escamosas.

El uso de pomadas con esteroides es discutida y por -- lo general el especialista lo contraindica. Puede ser nece-- sario el uso de antibióticos si existe un proceso infeccio-- so.

Las úlceras, por lo general son complicaciones tar-- días de las vérices y casi siempre se inician como una pe-- queña lesión que al no tratarse oportunamente pueden llegar a dimensiones insospechadas. El tratamiento de las úlceras debe ser sencillo: Agua o suero, jabón y una sustancia lu-- bricante simple, en ocasiones es necesario, el uso de otros procedimientos tan sencillos como el anterior, la Bota de -- Unna es uno de ellos y se debe cambiar cada 7 o 10 días y -- tiene la ventaja de que no se requiere de curación diaria.

Cuando la úlcera es grande y sucia se debe efectuar una debridación y lavado mecánico, y al encontrarse limpia y con tejido de granulación puede practicarse una dermoplas-- tia.

Muchos casos de flebitis en venas profundas son diagnosticados, mal, o no son diagnosticados, pues en ocasiones no producen mayor sintomatología. El síndrome postflebitico con edema, dolor, y venas dilatadas superficiales sugiere que las venas profundas estan involucradas.

Las venas colaterales pueden dilatarse aún mas lo que es molesto para las pacientes sobre todo por razones de - estética.

La principal sintomatología que sufren las pacientes con venas dilatadas, son la apariencia desagradable y el - dolor de tipo neurítico. Las pacientes también se sentirán incómodas por la presencia de telangiectasias y varículas o por venas muy dilatadas desde los tobillos hasta la parte superior de los muslos y en ocasiones hasta la vulva.

El dolor, el edema, y la sensación de fátiga o pesantez por lo general se relacionan con un mayor volumen sanguíneo y edema en las áreas afectadas. Estos síntomas avanzan a medida que avanza el día. Las contracciones musculares persistentes pueden producir calambres nocturnos, puede haber prurito sobre todo en el tobillo. Un edema pronunciado que no es un síntoma prominente de las venas varicosas primarias, si puede ser importante en las vérices secundarias, y esto se debe a la dilatación de las venas colaterales condición que pudo desarrollarse en el inicio de la tromboflebitis.

La exacerbación premenstrual de estos síntomas, es - un fenómeno común y se debe al efecto vasodilatador de los estrógenos, o bien debido a una respuesta vascular anormal a las secreciones endocrinas o a ambas.

La teoría de la respuesta anormal es debido a la capacidad de las venas de hacerse varicosas al inicio del embarazo, antes de que no exista alguna posibilidad de compresión por el útero grávido. Las mujeres que desarrollan várices durante el embarazo es común que presenten exacerbaciones premenstruales después del parto. No es poco frecuente el daño a una pierna con estancamiento vulvar ipsilateral. El daño a las válvulas, sobre el lado afectado, puede ser debido a insuficiencia uterina prolongada con crecientes episodios de edema.

La fibrosis en los tejidos subcutáneos, ocasiona que se desarrolle induración muscular alrededor de los tobillos y se extiende hacia arriba. Como resultado del depósito de hemosiderina se produce una pigmentación parda en la piel, a partir de la ruptura y extravasación de la sangre. Puede haber dermatosis observándose piel reseca escamosa o eczematosa, predominando alrededor de los maléolo interno y externo. Estas dermatosis son exacerbadas por el uso inadecuado de medicamentos locales, también ocurre sensibilidad de la piel.

Las ulceraciones pueden seguir a un periodo de induración y depósitos de pigmentos, estas por lo general se presentan en el tercio inferior de la pierna y alrededor de los maléolos. Esto corresponde al área de las principales venas comunicantes en la parte inferior de las piernas.

DIAGNOSTICO. -

Lo mas importante para hacer un buen diagnóstico es la exploración física . Con solo poner al paciente de pie durante algunos minutos, hace que las venas se llenen o se dilaten y con ello, se puede hacer un diagnóstico bastante certero y valorar el grado de insuficiencia venosa. El paciente deberá estar con bata clínica para permitir un buen examen visual y de exploración. El trayecto de las venas safenas (interna y externa) deberán ser observados y palpados, la capacidad de palpar ondas de líquido puestas en movimiento por percusión, sobre el curso de una vena, nos indica que existe insuficiencia valvular.

La prueba de trendelenburg es la mas importante, para determinar si la insuficiencia valvular es de venas superficiales o comunicantes ,durante esta prueba,el médico con oclusiones artificiales por etapas en toda la extremidad puede ubicar la insuficiencia valvular. Se realiza de la siguiente manera, el paciente se pone de pie y con ello se dilatan sus venas que el médico marca con un plumón, después el paciente se acuesta y eleva sus piernas a 45º, lo que hace que las venas drenen y esto se realiza durante 1 o 2 min., después se pone de pie nuevamente y se debere observar cuanto tiempo tardan en llenarse las venas.

Si transcurren 30 segundos o mas después de levantarse de la posición supina, las válvulas son competentes. Si pasan menos de 30 segundos el paciente se debe acostar nuevamente , elevar las piernas y se aplica un torniquete en la raíz del muslo para ocluir la safena interna

...

... esto bloquea el paso impidiendo la acción de las válvulas . El paciente se pone de pie nuevamente y si pasan mas de 30 seg. antes de que se llene la vena esto significa que el sistema superficial es competente . Si el tiempo es menor de 30 segundos quiere decir que el sistema superficial y tal vez el comunicante son insuficientes.

El médico repite el proceso y aplica el torniquete por arriba de la rodilla, si las venas de abajo tardan mas de 30 seg . en llenarse , quiere decir que los sistemas superficial y comunicante por arriba de la rodilla son incompetentes y que los de abajo son normales. Si el llenado tarda menos de 30 seg. , quiere decir que las venas comunicantes por debajo de las rodillas, la vena safena externa o las venas profundas estan involucradas . Se acuesta al paciente una vez más, se eleva la pierna y se aplica un torniquete por debajo de la rodilla para ocluir el sistema de las safenas , el llenado de 30 seg. después de de este procedimiento, indica que, los sistemas comunicante y profundo estan afectados, esta última maniobra se conoce también con el nombre de Prueba de Perthes.

La flebografía de miembros inferiores es la mas veraz para el diagnóstico certero de vérices primarias o secundarias y se debe realizar cuando quede la duda sobre el examen físico .

TERAPEUTICA.-

El tratamiento varía según la severidad de la enfermedad y lo que no debe perderse de vista es el reducir la hipertensión venosa distal .

La educación del paciente es primordial-, primero debe lograrse que entienda su enfermedad, no basta con decir usted tiene várices y necesita cuidarse. Deben darse, una serie de lineamientos tendientes a reducir la hipertensión venosa, para lo cual se recomienda; Evitar permanecer largos períodos de pie (en posición de firmes) o bien sentarse durante un tiempo prolongado , debe ejecutarse un programa de ejercicios como el caminar, practicar la natación o utilizar la bicicleta fija o móvil, con ello se reduce la presión venosa superficial. Con lo anterior se ha encontrado una mejoría notable de los síntomas. Si el edema es un problema, puede ser necesario, la elevación de las piernas por encima del nivel del corazón

La dilatación venosa que se forma durante el embarazo casi siempre vuelve a la normalidad después del parto, las várices vulvares son difíciles de manejar y casi siempre requieren de cirugía . El uso de soporte elástico hasta la cintura, es útil pero no para las várices vulvares. Dicho soporte elástico es el primer paso en la terapéutica en las várices, independientemente del tratamiento que se haga. El soporte elástico va desde pantimedias de nylon, pasando por medias de presión , hasta botas especiales de goma que inmovilizan la extremidad o me todos elásticos de compresión.

...después de haberse extirpado las venas varicosas.

Si hay traumatismo sobre las venas dilatadas, la inflamación resultante requiere de ; Reposo, analgésicos y antiinflamatorios. Los anticoagulantes no son necesarios a menos de que esté involucrado el sistema venoso profundo - o bien que la reacción inflamatoria venosa se encuentre -- cerca de la unión safeno femoral .

Otras medidas sencillas son: Aplicarse crema en todos los miembros inferiores , mantener un peso ideal y evitar los golpes en las piernas , evitar procesos infecciosos vaginales en los pies como es la dermatomomicosis

Si con todo lo anterior avanza el proceso varico se deberá proceder a la cirugía que consiste en safenectomía interna y externa con resección de paquetes.

La esclerosis de venas pregonada por algunos autores sobre todo europeos sólo deberá emplearse en aquellos casos de un solo trayecto venoso dilatado regional y deberá efectuarse con sumo cuidado para evitar que la substancia esclerosante se infiltre al sistema venoso profundo provocando con ello un problema mayor que el que se está tratando y un complemento de la esclerosis debe ser, el soporte elástico por varios días, con ello se estará evitando una recidiva .

Como medidas preventivas en un primer nivel de atención, sobre todo en aquellos casos que no acepten el tratamiento quirúrgico o bien en casos de alto riesgo como afecciones cardíacas severas, en enfermedades crónicas degenerativas, ,embarazo, etc

Se debera recurrir a las medidas de higiene venosa ya mencionadas en la primera parte de la terapéutica - y si es necesario, administrar ; analgésicos, antiinflammatorios, , antineuríticos, diuréticos y básicamente mantener un peso ideal ,

Concluyendo en este primer nivel de atención, lo mas práctico y facil de observar por el paciente son : mantener el peso ideal, usar un soporte elástico, y practicar la natación combinada con una marcha metódica diaria.

c.-) ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

Definición.- El término de várices proviene de la palabra latina Vericosus y que significa dilatación , abarca la dilatación , tortuosidad y flexuosidad de un trayecto venoso, en este caso de los miembros inferiores.

La frecuencia de las enfermedades venosas de las extremidades inferiores y tomando en cuenta que la mayoría de los pacientes no son tratados oportunamente, exige que se dedique a tal patología, una especial atención en la investigación, en la enseñanza, en la clínica, y en la práctica.

Esta conclusión a la que llego un eminente angiologo suizo después de un profundo estudio de mas de 1800 , personas profesionalmente activos. Dicho estudio, puso de manifiesto una serie de hechos inesperados, tomando en cuenta que la patología venosa de miembros inferiores es muy extensa. Sin embargo pocos saben que la frecuencia en hombres de 65 años llega casi al 50% y es muy superior en las mujeres con edades comprendidas entre los 50 y los 60 -- años. Hay que hacer notar, además, que dicho estudio sólo se refirió a personas que presentaban cambios visibles y por tanto orgánicos de su aparato circulatorio venoso. En relación a la frecuencia con que se producen trastornos de índole funcional, no se pueden establecer cálculos aproximados.

La razón de que la morbilidad es mas elevada en la mujer que en el hombre, es un prejuicio justificable, pero un prejuicio al fin y al cabo.

En realidad ,los hombres se ven afectados por trastornos en la circulación venosa de miembros inferiores, con la misma frecuencia que las mujeres alrededor de la edad media. Dicha razón se justifica por el hecho de -- esta patología no respeta sexo ni edad, y si las estadísticas demuestran que la mujer, la padece con mas frecuencia- es porque las mujeres consultan al médico por motivos de - orden estético.

Existe una razón inesperada; solamente un pequeño porcentaje de quienes padecen un síndrome prevaricoso o varicoso franco se encuentra sometido a tratamiento - médico, aunque muchos de ellos sufren molestias y que por otro lado, no quepa duda de la importancia, que revisten - las enfermedades venosas desde el punto de vista de la medicina social.

¡Acaso aceptan estos enfermos, su enfermedad, como un fenómeno debido a la edad, igual por ejemplo que las canas !

¿ Acaso prefieren por comodidad sufrir dolores ver disminuidos sus ingresos y reducida además su alegría- de vivir, antes de acudir unes cuantas veces a la consulta del médico !

6.- PROGRAMA DE TRABAJO

MATERIAL Y METODOS.-El número de derechohabientes de la UMF # 7 en la ciudad de Orizaba Ver, es de 28, 895 que corresponde al total de la población adscrita a médico familiar , de los cuales 4532, corresponden a la población total del consultorio número 2 de dicha unidad.

El universo de trabajo comprendido es un total de 600 pacientes tanto de primer nivel , como de segundo nivel . Formándose de estos dos grupos de 300 pacientes cada uno , de las cuales se tomó una muestra de dichas poblaciones de un 10%, quedando integrados ambos grupos por 30 pacientes .

El grupo de primer nivel quedó establecido como grupo testigo y el grupo control correspondió al 2o. nivel de atención en el Hospital General Regional de Orizaba a cargo del servicio de angiología.

Dentro de las características observadas en el grupo de primer nivel que originalmente fué designado como grupo control, fue el de la irregularidad muy notoria a la consulta con el médico familiar , por lo cual se invirtió la asignación quedando como grupo control el de segundo nivel en el cual la continuidad a la consulta nos facilitó un mejor seguimiento en nuestro estudio.

Las características que debieron reunir, ambos grupos fueron los siguientes parámetros:

Ser derechohabientes de régimen ordinario ambos grupos captados tanto en la U.M.F. # 7 consultorio No.2 de Orizaba Ver, y de la Consulta externa del Servicio de angiología del H.G.R.O. I.M.S.S.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

ADEMAS SE EFECTUO LA SIGUIENTE FICHA DE IDENTIFICACION

Edad..... 25 o 50 años ó mas
Sexo..... Femenino
Paridad.....mínimo 3-6Hijos.
Peso..... 10% arriba del pe
so ideal 35% max.
Método anticonceptivo..... Indistinto
Predisposición hereditaria..... Con predisposición
Sin predisposición
Antecedentes de padecimientos cróni
co degenerativosArterioesclerosis
Diábetes tipo II
Enf. Art. Degene-
rativa
Hipertensión

Cuadro clínico y manejo indicado

Tiempo de evolución de inicio del padecimiento

Tratamiento instituido en Primer nivel y en 2o. nivel.

El seguimiento de estos pacientes se efectuó complemen-
tada con una revisión retrospectiva de los expedientes
y la conclusión será determinando las diferencias en-
contradas y así efectuar una evaluación mas integral
del manejo de los padecimientos venosos en miembros in-
feriores y así analizar las consecuencias que de ello
derivan cuando se canalizan a un segundo nivel.

7.- RESULTADOS

Se Observó que la edad de mayor incidencia para la presencia de varices fue de

<u>EDAD</u>	GRUPO CONTROL	GRUPO TESTIGO
25-30	5 = 16.6%	7 = 23.3%
31-35	2 = 6.6%	1 = 3.3%
36-40	13 = 43.3%	11 = 36.6%
41-50	10 = 33.3%	11 = 36.6%

SEKO

Femenino	30 = 100%	30 = 100 %
----------	-----------	------------

PARIDAD

1	0 = 0%	0 = 0%
2	3 = 10%	2 = 6.6%
3 o mas	27 = 90%	28 = 93.3%

PESO 10 % arriba del ideal mínimo

10-14%	6 = 20%	3 = 10%
15-19%	5 = 16.6%	5 = 16.6%
20-24%	3 = 10%	3 = 10 %
25-29%	6 = 20%	4 = 13.3%
30-34%	10 = 33.3%	15 = 50 %

RESULTADOS

	GRUPO CONTROL	GRUPO TESTIGO
<u>Método anticonceptivo</u>		
Anticonceptivos orales	18 = 60 %	10 = 33.3%
Dispositivo intrauterino	4 = 13.3%	11 = 36.6%
Hormonales de Deposito	4 = 13.3%	0 = 0 %
Salpingoclasia	4 = 13.3%	9 = 30 %

Predisposición Hereditaria

Con Predisposición	24 = 80%	18 = 60%
Sin predisposición	6 = 20%	12 = 40%

Antecedentes de Padecimientos

Crónicodegenerativos.

Arterioesclerosis	6 = 20%	5 = 16.6%
Diabetes Tipo II	15 = 55%	14 = 46.6%
Enf. Art. Degenerativa.	9 = 30%	6 = 20 %
Hipertensión arterial	3 = 10%	2 = 6.6%

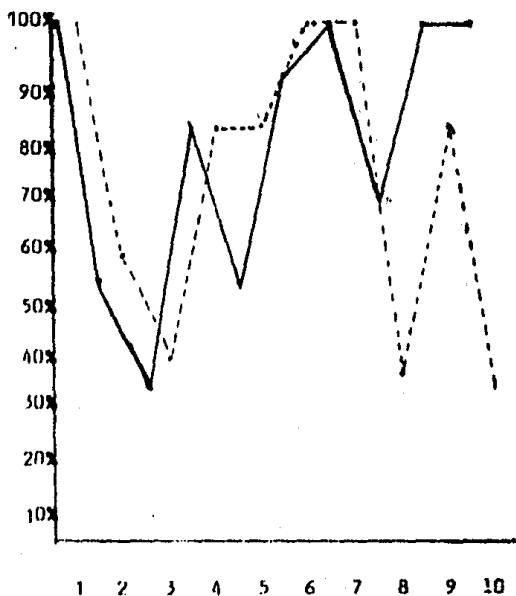
CUADRO CLINICO

Dolor	30 = 100 %	30 = 100 %
Edema	15 = 50 %	18 = 60 %
Dermatitis Ocre	9 = 30 %	12 = 40 %
Prurito	24 = 80 %	24 = 80 %
Ardor	15 = 50 %	24 = 80 %
Parestesias	27 = 90 %	30 = 100%
Pesantez	30 = 100 %	30 = 100%
Celulitis	20 = 66.6%	10 = 33%
Ulceras	30 = 100 %	25 = 80%
Infección por Hongos	30 = 100 %	9 = 30%

RESULTADOS .

<u>TRATAMIENTO INSTITUIDO</u>	<u>GRUPO CONTROL</u>	<u>GRUPO TESTIGO</u>
Analgésicos	20 = 66.6%	30 = 100 %
Antiinflamatorios	30 = 100 %	25 = 83 %
Antineuríticos	20 = 66.6%	7 = 23.3%
Diuréticos	15 = 50 %	0 = 0 %
Antibióticos	15 = 50 %	23 = 76.6%
Medidas de Higiene venosa	30 = 100 %	5 = 16.6%
Reposo	30 = 100 %	5 = 16.6%
Curación agua jabon y gasa vaselinada	5 = 16.6%	12 = 40 %
Curación agua jabon y Jelonet	16 = 53.3%	0 = 0 %
Flebografía	2 = 6.6%	0 = 0 %
Cirugía	15 = 50% %	0 = 0 %
<u>EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE</u>		
Biometría Hemática completa	30 = 100%	25 = 83.3%
Química sanguínea	30 = 100%	11 = 36.6%
Exámen General de orina	30 = 100%	7 = 23.3%
Grupo y Rh	30 = 100%	0 = 0 %
Velocidad de Sedimentación	15 = 50%	0 = 0 %
Tiempo de Protrombina	30 = 100%	0 = 0 %
Tiempo parcial de Tromboplastina	14 = 50%	0 = 0 %
V.D.R.L.	30 = 100%	2 = 6.6 %
Tele de torax	20 = 66.6%	5 = 16.6%
Flebografía de Miembros Inferiores	2 = 6,6%	0 = 0 %

CUADRO CLINICO.



1.-Dolor

2.-Edema

3.-Dermatitis ocre

4.-Prurito

5.-Ardor

6.- Ardor

7.-Parestesias

8.-Pesantez

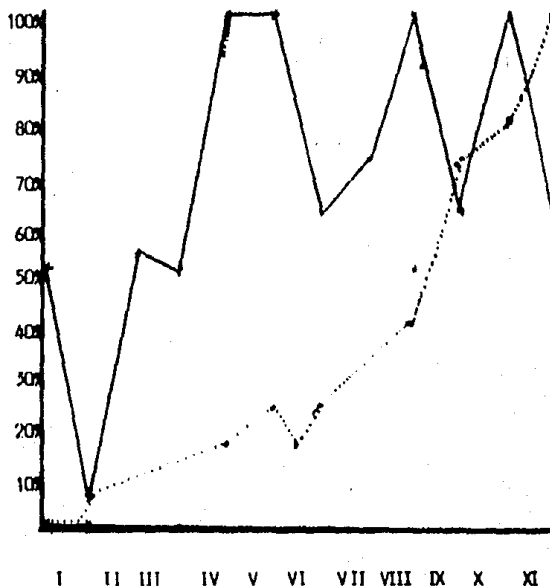
9.-Celulitis

10.-Ulceras

GRUPO CONTROL _____

GRUPO TESTIGO.....

POLIGONO DE FRECUENCIAS.
TRATAMIENTOS INSTITUIDOS



- I.- CIRUGIA
- II.- FLEBOCLAVIA
- III.- CURACION AGUA JABON Y JELONEI
- IV.- OSMOTICOS
- V.- MEDIDAS DE FORTALECIMIENTO VENCOSA
- VI.- REFORSO
- VII.- ANTINEURITICOS
- VIII.- CURACION AGUA JABON Y CESA VAS/.

- IX.- ANTIIBIOTICOS
- X.- ANTIINFLAMATORIOS
- XI.- ANALGESICOS.

GRUPO CONTROL _____
 GRUPO TESTIGO.....

8.- CONCLUSIONES.

Para poder sacar una conclusión basada en hechos reales se debe primero tomar en consideración muchos factores que influyen en forma indudable en la idiosincrasia de nuestro pueblo, desde clima, ambiente, costumbres, educación no pasando por alto el desarrollo económico actual. Por lo tanto no sería lógico inculpar a el médico de primer nivel de atención médica de tratar de cambiar radicalmente lo anterior, que se manifiesta por decidida de una gran parte de la población manejada por el, que en el presente estudio se tuvo la necesidad de invertir los grupos de estudio previamente establecidos, por abandono de muchos de los pacientes del tratamiento, también no hubo continuidad en la consulta, quizá aquí cabría mencionar; falta motivación por el médico de primer nivel; .

Por lo anterior mencionado se tomo como grupo control el manejado en un segundo nivel de atención en el cual si se observo continuidad en la asistencia a la consulta. Esto se debió a que el médico de 2o. nivel ;Motiva a su paciente; o a lo difícil que le resulta a el derechohabiente que le concedan una cita por la cantidad tan elevada de pacientes que se maneja en 2o. nivel; .

Otra observación encontrada fue el desconocimiento de algunos aspectos generales básicos del diagnóstico y tratamiento como la falta de medidas elementales de prevención por el médico de primer nivel, esto se concluiría como ; Es tanta la consulta manejada por el médico familiar que no le da oportunidad de valorar adecuadamente a su paciente; .

¡O aún no controla a su población adecuadamente para disponer del tiempo necesario para mejor manejo de su población adscrita;

¡O considerar aquí que aún no se ha logrado en nuestro país la respuesta deseada utópicamente de las medidas preventivas planeadas y que continúan siendo un ideal hasta la fecha.

Lo anterior lógicamente repercute en la evolución tórpida, larga y penosa de la enfermedad del paciente por un inadecuado manejo que se manifiesta por un aumento creciente en las cifras de los pacientes que son canalizados a un segundo nivel de atención, y en lo que se logró observar con un manejo muy por debajo de los límites de nuestra Gráfica en nuestro grupo control, lo que nos está indicando un desaprovechamiento de las capacidades en la atención en un primer contacto, y también en el segundo nivel repercute por tenerse que manejar a el paciente sin un control previo adecuado, que se traduce en pérdida de tiempo, recursos con afección directa en el paciente.

9.- ALTERNATIVAS DE SOLUCION

Adiestramiento al médico del primer nivel por medio de una concientización de los recursos con los que dispone para seguir una metodología adecuada en el diagnóstico oportuno y tratamiento de la insuficiencia venosa en miembros inferiores.

El anterior adiestramiento lo puede recibir el médico familiar a través de cursos monográficos, revistas médicas actualizadas, o con pláticas impartidas por el médico especialista previamente programadas por las jefaturas correspondientes.

Intentar establecer una buena relación médico-paciente para incentivar a la familia a que cuide su salud y efectue una regularización, en su asistencia a la consulta de primer nivel, y no que acudan cuando ya su patología no es manejable por su médico familiar y repercuta en los problemas en este estudio observado.

Que se efectúen clubes para dinámica interpersonal entre los pacientes con esta patología que se considera dentro de las patologías crónicas que se pueden prevenir con ciertas medidas anteriormente mencionadas. Ejercicios, natación, caminata etc.

Un estudio previo adecuado para el envío de los pacientes a un segundo nivel de atención, que deben ser únicamente las que ameriten cirugía, o las que no cedan a un tratamiento médico adecuado, siguiendo los lineamientos antes mencionados.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Martorell, F.: Angiología enfermedades vasculares, 1976 salvat editores S/A Mallorca Barcelona España. Pags. 225-261.
- 2.-Warvick, t.: valvular defect in relation to varicosis-
Editorial Lancet. Pags. 719 y 1278. 1972.
- 3.-Martorell, F.: El tratamiento de las varices. Colección Española de monografías médicas. Barcelona 1973.
- 4.-Lofgren, E.P. and Lofgren, K.A.: Alternatives in the management of varicose veins. a random trial Arch. Surg. 109 793-796. 1974.
- 5.-Kistner, R.L.: Surgical repair of the incompetent femoral vein valve. Arch. Surg. 110: 1336-1342. 1975.
- 6.-Fegan, G.: Varicose Veins, Compression Sclerotherapy. --- Springfield, Illinois. Charles C Thomas Publisher 1978.
- 7.-Márquez Zecarías, L.A. y Col.: Insuficiencia venosa/Monografía Boehringer Ingelheim 1980.
- 8.-Abbott, W.M.: Ulceras de las piernas, modo de cicatrización. Tribuna Médica. Tomo XXVI No8 Abril 1978.
- 9.-Quijano, M.H.: Estado actual del tratamiento de las varices. Actualidades quirúrgicas A/C/ Mex. Cir. 1978 revista mexicana de angiología.

10.- Plolench y Vidal -Barraquer.: Pathogenic study of varicose veins Angiolog Pags. 4, 59, 78 1975.

11.- Allen E. Barker N.W. and Hines, E.A.:Peripheral - vascular diseases. 5 Ed. Saunders Company 1980.

12.- Rushmer,R.S.:Anatomía y Fisiología del aparato-- cardiovascular. Ed. Interamericana, 1972.

13.- Iestud I. y Jacob O. Miembros Inferior. Anatomía topografica. Salvat 1972 Pags. 867.