

Guía de Referencia Rápida

**Prevención, Diagnóstico y
Tratamiento de la Insuficiencia
Venosa Crónica**



Guía de Referencia Rápida

I83.1 Venas Varicosas de los Miembros Inferiores con Inflamación

GPC

Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Venosa Crónica

ISBN 978-607-8270-47-7

DEFINICIÓN

La insuficiencia venosa crónica (IVC) es una condición patológica del sistema venoso que se caracteriza por la incapacidad funcional adecuada del retorno sanguíneo debido a anomalías de la pared venosa y valvular que lleva a una obstrucción o reflujo sanguíneo en las venas. La Unión Internacional de Flebología define la IVC como los cambios producidos en las extremidades inferiores resultado de la hipertensión venosa prolongada.

FACTORES DE RIESGO

Con el objetivo de implementar medidas de prevención se recomienda identificar los grupos con factores de riesgo para desarrollar IVC como:

- Edad: a mayor edad mayor riesgo.
- Historia familiar de varices
- Ortostatismo prolongado
- Obesidad
- Embarazo
- Profesiones de riesgo.
- Sedentarismo

Es recomendable que las medidas de prevención (medidas de alivio venoso) se lleven a cabo en toda la población que presente factores de riesgo teniendo en cuenta que la mayor prevalencia de la enfermedad es en el sexo femenino.

INTERROGATORIO

Se recomienda tomar en consideración que la IVC puede presentarse con síntomas en ausencia de signos clínicos, y puede haber signos clínicos evidentes de IVC sin síntomas asociados.

La insuficiencia venosa crónica se manifiesta con los siguientes síntomas:

- Pesantez
- Dolor de las extremidades inferiores de predominio vespertino
- Prurito
- Calambres musculares nocturnos
- Cansancio
- Edema (vespertino y que disminuye con el reposo)

Investigar si estos síntomas empeoran con el ortostatismo o calor y mejoran con el decúbito, el frío y mediante la elevación de las extremidades inferiores.

El **dolor** de extremidades inferiores **como dato único no es indicativo diagnóstico de IVC.**

EXPLORACIÓN FÍSICA

Es recomendable explorar al paciente en bipedestación y palpar los trayectos venosos en busca de reflujo, defectos aponeuróticos y procesos trombóticos. Realizar examen dirigido de la superficie de la piel buscando los siguientes datos clínicos:

- Telangiectasias y venas reticulares (signos tempranos)
- Irregularidades o abultamientos que sugieran venas varicosas
- Hiperpigmentación (localizada en la región maleolar medial)
- Atrofia blanca
- Lipodermatoesclerosis
- Úlceras

En todo paciente con IVC se debe medir el perímetro de la pierna de manera bilateral y comparativa, utilizando una cinta métrica para establecer la presencia de edema; una diferencia mayor de 1cm es significativa. Se recomienda una evaluación concomitante de los pulsos arteriales ya que es un factor importante para planear un tratamiento venoso adecuado; realizar también la prueba de Trendelenburg y la maniobra de Perthes.

Es recomendable utilizar la clasificación de Nicolaidis conocida como CEAP [manifestaciones clínicas (C), factores etiológicos (E), distribución anatómica (A) y condiciones fisiopatológicas (P)] (ver cuadro I).

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

En la actualidad los métodos de diagnóstico de tipo no invasivo para la IVC son de utilidad y son los que se recomiendan.

Es recomendable realizar pletismografía en los siguientes casos:

- Pacientes con cambios cutáneos de IVC sin várices.
- Ensayos clínicos en los que se desee registrar la presión venosa en la IVC.
- Cuando no se cuenta con Doppler

Se recomienda realizar Doppler duplex para el diagnóstico preciso de IVC en los pacientes candidatos a tratamiento quirúrgico.

El Doppler continuo puede utilizarse durante la evaluación física del paciente con IVC ya que proporciona datos cualitativos de la función venosa

La flebografía se recomienda en los siguientes casos :

- Pacientes con anomalías o malformaciones anatómicas
- Pacientes candidatos a cirugía del sistema venoso profundo
- Varices recidivantes.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Si se cuenta con medicamentos flebotónicos pueden utilizarse en los siguientes casos:

- Para manejo de los síntomas subjetivos y funcionales de IVC (fatiga, calambres nocturnos, piernas cansadas, pesantez, tensión y edema)
- Pacientes con IVC en donde la cirugía no está indicada.
- Como terapia coadyuvante en pacientes sometido a tratamiento quirúrgico con persistencia de síntomas subjetivos

Se debe considerar que el tratamiento farmacológico **no** sustituye a la compresoterapia

Los medicamentos flebotónicos que se recomiendan son los siguientes (administrarlos durante 6 meses y revaloración del caso a juicio del médico)::

- Castaña de indias: 20 a 200 mg/24 hrs
- Diosmina 500 a 1500 mg/24 hrs
- Dobesilato cálcico 500 a 1000/24 hrs
- Ruscus Aculeatus 300 a 450 mg/24 hrs

En pacientes con úlcera venosa esta indicado el uso de pentoxifilina en dosis de 400 mg VO cada 8hs hasta que cicatrice la úlcera (no está justificado su uso en pacientes

con clasificación (C) de CEAP menor de 6).

No hay evidencia clínica que sustente el uso de agentes antiplaquetarios, anticoagulantes ni diuréticos en el manejo de la insuficiencia venosa crónica.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Las medidas de alivio venoso son indicaciones sugeridas para evitar la hipertensión venosa de las extremidades pélvicas en personas con factores de riesgo para desarrollar IVC y en pacientes con diagnóstico de IVC:

- Evitar o corregir el sobrepeso y la obesidad
- Evitar el sedentarismo y el ortostatismo prolongados
- Utilizar prendas y calzado cómodo y fresco, con tacón de menos de 3 cm de altura.
- Realizar medidas físico posturales (ver cuadro II)
- Realizar actividades físicas, especialmente se recomiendan la natación y la deambulaci3n.
- Corregir el estreñimiento.
- Para las personas que tienen períodos prolongados de sedestaci3n (m3s de 5 horas) se recomienda : realizar ejercicios de compresi3n de los m3sculos de la pantorrilla que impliquen la flexi3n y extensi3n de los tobillos as3 como movimientos circulares del pie
- Se recomienda que las mujeres con IVC que soliciten terapia hormonal anticonceptiva o por s3ndrome climat3rico sean referidas a valoraci3n por el m3dico ginec3logo.

La compresi3n terap3utica y preventiva se recomienda de manera individualizada en los pacientes con IVC; la de uso m3s com3n es la de los dispositivos (media o calcet3n) teniendo en consideraci3n las contraindicaciones establecidas (ver cuadro III). De acuerdo a la etapa cl3nica (C) de la clasificaci3n de CEAP en que se encuentre las recomendaciones son las siguientes:

CEAP (C2): media el3stica grado 18-21 mmHg,

CEAP (C3): media el3stica grado 22-29 mmHg

CEAP (C4, C5 y C6): media el3stica grado 30-40 mmHg

Personas con factores de riesgo profesional como trabajos que requieren de bipedestaci3n o sedestaci3n prolongadas (m3s de 5 horas) 3 pacientes con sintomatolog3a propia de IVC pero sin signos de la enfermedad (previo descarte de patolog3a osteoarticular): medias el3sticas grado 22-29 mmHg

TRATAMIENTO QUIR3RGICO

El tratamiento quir3rgico en pacientes con IVC y enfermedad arterial perif3rica est3 contraindicado, no se recomienda como uso rutinario y se debe reservar para los siguientes casos:

- Falla al tratamiento conservador (ausencia de mejoría en un periodo de 6 meses de medidas de alivio venoso y compresoterapia,)
- Várices complicadas (ver cuadro IV)
- Varices recidivantes

La técnica quirúrgica recomendada para el tratamiento de la IVC es la fleboextracción parcial o completa de la vena safena interna asociada a la ligadura de las venas perforantes incompetentes. En los pacientes con venas varicosas debido a incompetencia de la vena safena mayor se recomienda tratamiento mediante remoción quirúrgica el cual es más efectivo que la escleroterapia.

Se recomienda tener en cuenta las siguientes indicaciones para la escleroterapia:

Indicaciones óptimas:

- Varicosidades reticulares y venas reticulares
- Telangiectasia
- Varicosidades aisladas*
- Varicosidades por debajo de la rodilla*
- Varicosidades recurrentes*

Indicaciones inferiores a las óptimas:

- Pacientes ancianos y débiles
- Reflujo sintomático
- Pacientes que no son candidatos para la cirugía

Indicaciones cuestionables:

- Reflujo de la vena safena mayor
- Reflujo de la vena safena menor
- Varicosidades grandes

*si no hay reflujo de la vena safena mayor

No se recomienda el tratamiento con escleroterapia en los siguientes casos:

- Presencia de enfermedad arterial oclusiva.
- Pacientes con postración o inmovilidad
- Presencia de tumor maligno no controlado
- Hipersensibilidad al fármaco
- Tromboflebitis aguda
- Varicosidades muy grandes con comunicaciones grandes con las venas profundas

No hay una técnica de escleroterapia estandarizada ni un acuerdo acerca de las concentraciones y dosis de los agentes esclerosantes que pueda recomendarse; la compresoterapia mejora los resultados de la escleroterapia.

No hay un acuerdo acerca de las concentraciones ni dosis de los agentes esclerosantes ni una técnica de escleroterapia estandarizada que pueda recomendarse; la

compresoterapia mejora los resultados de ésta modalidad de tratamiento.

Aunque están en etapa de validación los procedimientos obliterativos de la vena safena (láser y radiofrecuencia) pueden ser utilizados en unidades calificadas y por cirujanos previamente capacitados.

La combinación de medidas conservadoras y de técnicas invasivas pueden ser apropiadas dependiendo de los síntomas del paciente, de la extensión de la patología vascular y de los recursos disponibles. Sin embargo una combinación específica de las diversas opciones terapéuticas o un protocolo estándar ya establecido no se puede recomendar actualmente.

CRITERIOS DE REFERENCIA

Referencia a Segundo Nivel de Atención

Se recomienda que el paciente con IVC sea referido al segundo nivel para ser atendido por el servicio de cirugía general en los siguientes casos:

- Ausencia de mejoría después de un período de 6 meses de medidas de alivio venoso y compresoterapia
- IVC complicada (ver cuadro IV)
- Etapa clínica (C) ≥ 4 de acuerdo a la clasificación de CEAP
- Varices recidivantes

Es recomendable derivar a segundo nivel de atención a los pacientes que requieren tratamiento quirúrgico una vez que se cumpla con lo siguiente:

- Control de la obesidad cuando esté presente
- Aceptación por parte del paciente para llevar a cabo las medidas de higiene venosa
- Consentimiento del paciente para someterse al procedimiento quirúrgico
- Ausencia de contraindicaciones para la cirugía

Referencia a Tercer Nivel de Atención

Se recomienda derivar a tercer nivel de atención a los pacientes con IVC en los siguientes casos:

- Sospecha de causa congénita de la IVC
- Úlceras recurrentes a pesar del tratamiento compresivo o quirúrgico

CONTRARREFERENCIA A PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Se recomienda contrarreferir a primer nivel de atención los siguientes casos:

- Pacientes con patología de envío ya atendida médica o quirúrgicamente
- Pacientes que no ameriten manejo por cirugía vascular
- Pacientes con IVC cuyo tratamiento quirúrgico debe diferirse por no encontrarse en condiciones óptimas para la cirugía
- Pacientes que no aceptan tratamiento quirúrgico

SEGUIMIENTO Y VIGILANCIA

Se recomienda que los pacientes con IVC que no requieren tratamiento quirúrgico lleven a cabo su vigilancia y seguimiento a través del servicio de medicina familiar.

Posterior al posoperatorio se recomienda:

- Valorar alta después de la recuperación anésteica cuando lo valore el anesestesiólogo
- Alta hospitalaria a domicilio a las 24hs de no existir complicaciones.
- Cambio de aposito a las 24hs en forma cotidiana hasta el retiro de puntos con el baño rutinario
- Retiro de puntos a los 7-10 días después del evento quirúrgico.
- Cita a consulta externa del cirujano vascular en 2 o 3 semanas según el caso.
- Alta a primer nivel en 3 meses después de haber sido operado

INCAPACIDAD

El período de incapacidad para los pacientes con úlcera venosa o postoperados convencionalmente o mediante escleroterapia se otorgará de acuerdo (ver cuadro V, VI y VII)

ESCALAS

Cuadro I. clasificación de Nicolaidés CEAP [Manifestaciones Clínicas (C), Factores Etiológicos (E), Distribución Anatómica (A) y Condiciones Fisiopatológicas (P)]

| | |
|--|---|
| La letra <i>C</i> evalúa los hallazgos clínicos | |
| C0 | No hay signos visibles o palpables de lesión venosa |
| C1 | Presencia de telangiectasias o venas reticulares |
| C2 | Varices |
| C3 | Edema |
| C4 | Cambios cutáneos relacionados con la patología venosa (p.Ej: pigmentación, lipodermatosclerosis...) sin ulceración 4a Pigmentación o eccema 4b Lipodermatoesclerosis o atrofia blanca: mayor predisposición para el desarrollo de úlceras venosas |
| C5 | Cambios cutáneos con úlcera cicatrizada |
| C6 | Cambios cutáneos con úlcera activa |
| Después del número se escribe la letra "A" si el paciente está asintomático y "S" si presenta síntomas | |
| La letra <i>E</i> se refiere a la etiología | |
| Ec | Enfermedad congénita |
| Ep | Enfermedad primaria o sin causa conocida |
| Es | Enfermedad secundaria o con causa conocida (p. Ej: postraumatismo, Síndrome Postrombótico...) |
| La <i>A</i> describe los hallazgos anatómicos encontrados con el Eco-Doppler. | |
| | Venas superficiales (As)* |
| | Venas profundas (Ap)* |
| | Venas perforantes* |
| * Se añade un número en función de la vena afectada | |
| La <i>P</i> hace referencia a la fisiopatología | |
| PR | Reflujo |
| PO | Obstrucción |
| PR,O | Ambos |

Cuadro II. Medidas Fisicoposturales en la IVC Primaria

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Reposo con elevación de los miembros inferiores sobre el nivel del corazón durante 15-30 minutos varias veces al día, para reducir la sintomatología y el edema |
| <ul style="list-style-type: none"> • Elevación de miembros inferiores durante el descanso nocturno entre 20-25 cm, resultando muy efectivo para reducir el edema, lo que favorece la colocación de la compresión elástica diaria. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Masaje: debe realizarse en forma de expresión de los miembros de abajo a arriba. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Hidroterapia (Cura de Kneipp): duchas y masajes con agua fría o bien alterando agua fría con tibia para estimular el tono venoso. La inmersión con o sin deambulación en el agua favorece el retorno venoso. |

Cuadro III. Contraindicaciones de la Compresoterapia

| Contraindicaciones absolutas | Contraindicaciones relativas |
|---|-------------------------------------|
| Isquemia arterial de extremidades con un índice tobillo/brazo menor o igual a 0,6 | Índice tobillo/brazo entre 0,6-0,8 |
| Dermatitis (alérgica o séptica) | Insuficiencia cardíaca inestable |
| Artritis reumatoide en fase aguda | Hipertensión arterial |
| Hipersensibilidad o alergia al tejido | |

Cuadro IV. Datos de Insuficiencia Venosa Crónica Complicada

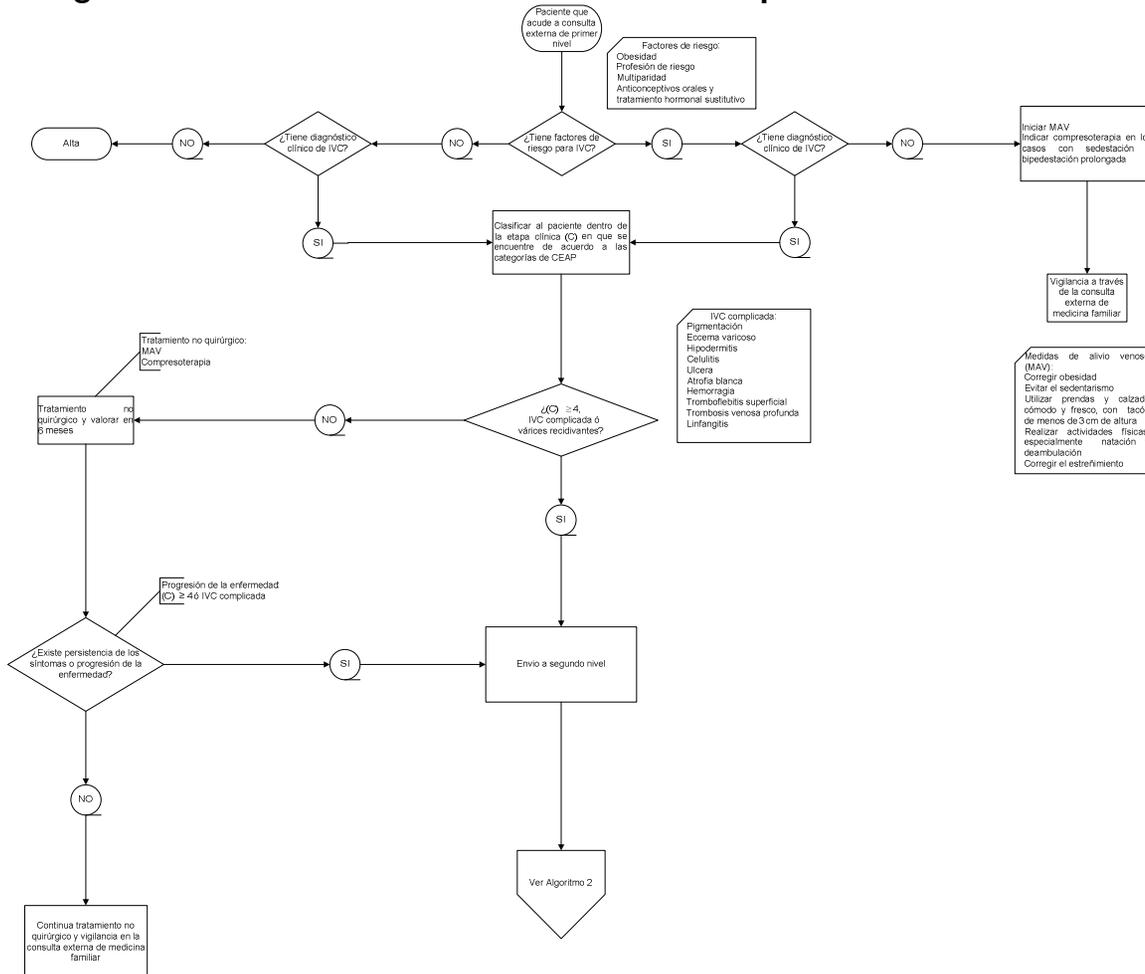
| Cutáneas | Vasculares |
|--------------------------------|----------------------------|
| Pigmentación (Dermatitis ocre) | Hemorragia |
| Eccema varicoso | Tromboflebitis superficial |
| Hipodermatitis | Trombosis venosa profunda |
| Celulitis | Linfangitis |
| Úlcera flebostática | |
| Lipodermatoesclerosis | |
| Atrofia Blanca | |

Cuadro VII. Periodo de Incapacidad Sugerido en los Pacientes Tratados de IVC Mediante Escleroterapia

| Clasificación del trabajo | Duración en días | | |
|---------------------------|------------------|--------|--------|
| | Mínima | Optima | Máxima |
| Sedentario | 3 | 4 | 7 |
| Ligero | 3 | 4 | 7 |
| Medio | 7 | 9 | 14 |
| Pesado | 7 | 9 | 14 |
| Muy pesado | 7 | 9 | 14 |

ALGORITMOS

Algoritmo 1. Insuficiencia venosa crónica en el primer nivel de atención



Algoritmo 2. Insuficiencia venosa crónica en el segundo nivel de atención

