

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de
**VENAS VARICOSAS RECIDIVANTES
DE MIEMBROS INFERIORES POST-
SAFENECTOMIA**

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-716-14





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECTOR GENERAL

DR. JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ ANAYA

DIRECTOR DE PRESTACIONES MÉDICAS

DR. JAVIER DÁVILA TORRES

UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ IZQUIERDO

COORDINADOR DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

DR. JAIME ANTONIO ZALDÍVAR CERVERA

COORDINADOR INTEGRAL DE ATENCIÓN EN EL SEGUNDO NIVEL

DR. ERNESTO HERNÁNDEZ ELIZARRARÁS

COORDINADOR DE PLANEACIÓN DE INFRAESTRUCTURA MÉDICA

DR. SERGIO ALEJANDRO MORALES ROJAS

TITULAR DE LA UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD

DR. GERMÁN ENRIQUE FAJARDO DOLCI

COORDINADOR DE POLÍTICAS DE SALUD

DR. MARIO MADRAZO NAVARRO

COORDINADOR DE EDUCACIÓN EN SALUD

DR. SALVADOR CASARES QUERALT

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DR. FABIO ABDEL SALAMANCA GÓMEZ

COORDINADOR DE PLANEACIÓN EN SALUD

LIC. MIGUEL ÁNGEL RODRÍGUEZ DÍAZ PONCE

TITULAR DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

DR. VÍCTOR HUGO BORJA ABURTO

Encargado de la COORDINACIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL

DR. MANUEL CERVANTES OCAMPO

COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y APOYO EN CONTINGENCIAS

DR. ROMEO S. RODRÍGUEZ SUÁREZ

COORDINADOR DE SALUD EN EL TRABAJO

DR. RAFAEL RODRIGUEZ CABRERA

COORDINADOR DE CONTROL TÉCNICO DE INSUMOS

DR. RODOLFO A. DE MUCHA MACÍAS

Durango 289- 1A Colonia Roma
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.
Página Web: www.imss.gob.mx

Publicado por IMSS
© Copyright IMSS “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
División de Excelencia Clínica
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de intereses y en caso de haberlo lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica, el cuadro básico y, en el segundo y tercer nivel, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que formen parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

Debe ser citado como: **Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de venas varicosas recidivantes de los miembros inferiores post-safenectomía.** México: Instituto Mexicano del Seguro Social; **2014**

Esta guía puede ser descargada de internet en:
<http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

CIE-9MC o 10: I83 Venas varicosas de los miembros inferiores

CIE 9: 88.66 Flebografía de venas femorales y otras venas de los miembros inferiores

38.59 Ligadura y extirpación de venas varicosas, 39.32 Sutura de vena, 39.92 Inyección
de agente esclerosante.

GPC: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de venas varicosas recidivantes
de miembros inferiores Post-safenectomía.

Coordinadores, Autores y Validadores

Coordinadores:				
Dra. Ma. Antonia Basavilvazo Rodríguez	Ginecología y Obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico No Familiar Coordinadora de Programas Médicos Coordinación de Unidades de Alta Especialidad México, D.F.	Miembro activo de la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología A.C.
Autores:				
Dr. Martín Hilario Flores Escatino	Angiología	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico no familiar Hospital General de Zona Venados Delegación Sur México, D.F.	Sociedad Mexicana de Angiología
Dr. Rafael Segura Armendariz	Angiología		Médico no familiar Hospital Regional de Zona No. 1 Cuernavaca Delegación Morelos	Sociedad Mexicana de Angiología
Dra. Ma. Antonia Basavilvazo Rodríguez	Ginecología y Obstetricia		Médico No Familiar Coordinadora de Programas Médicos Coordinación de Unidades de Alta Especialidad México, D.F.	Miembro activo de la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología A.C.

Validación:

<p>Dr. Héctor Bizueto Rosas</p>	<p>Angiología Cirugía General Maestría en Salud Pública</p>		<p>Médico No Familiar UMAE Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza "Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez" Delegación Norte México, DF:</p>	<p>Sociedad, Mexicana de Angiología y Cirugía Vascular A.C. Consejo Mexicano Angiología. Academia Mexicana de Flebología y Linfología</p>
<p>Dra. Ely Guadalupe Morán Reyes</p>	<p>Angiología Cirugía General</p>	<p>Instituto Mexicano del Seguro Social</p>	<p>Médico No Familiar UMAE Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza "Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez" Delegación Norte México, DF:</p>	<p>Sociedad, Mexicana de Angiología y Cirugía Vascular A.C. Academia Mexicana de Flebología y Linfología Consejo Mexicano Angiología.</p>

Índice

1. CLASIFICACIÓN.....	7
2. PREGUNTAS A RESPONDER.....	8
3. ASPECTOS GENERALES.....	9
3.1. Justificación.....	9
3.2. Objetivo.....	10
3.3. Definición.....	11
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES	12
4.1 Prevención.....	13
4.2 Diagnóstico.....	16
4.3 Tratamiento	18
4.4 Vigilancia y seguimiento	21
4.5 Criterios de referencia.....	21
4.5.1 De primer a segundo nivel de atención	21
4.6 Criterios de referencia.....	22
4.6.1 De segundo a Tercer nivel de atención	22
4.7 Criterios de contra-referencia	23
4.7.1 De Tercer a segundo nivel de atención	23
4.8 Criterios de contra-referencia	23
4.8.1 De segundo a primer nivel de atención	23
5. ANEXOS	24
5.1 Protocolo de Búsqueda	24
5.1.1 Primera Etapa.....	24
5.1.2 Segunda Etapa	25
5.1.3 Tercera Etapa.....	25
5.2 Escalas de Gradación	26
5.3 Diagramas de Flujo.....	28
5.5 Listado de Recursos	30
5.5.1 Tabla de medicamentos.....	30
6. GLOSARIO.....	31
7. BIBLIOGRAFÍA	33
8. AGRADECIMIENTOS.....	35
9. COMITÉ ACADÉMICO	36

1. Clasificación

Catálogo Maestro: IMSS-716-14	
Profesionales de la salud	Médicos Cirujanos Generales, Médicos Angiólogos y cirujanos vasculares,
Clasificación de la enfermedad	CIE-10: I83 Venas varicosas de los miembros inferiores
Categoría de GPC	Tres niveles de Atención - Diagnóstico - Tratamiento
Usuarios potenciales	Médicos Cirujanos Generales, Médicos Generales, Médicos Familiares, Médicos Angiólogos y cirujanos vasculares y personal en formación Médica.
Tipo de organización desarrolladora	Instituto Mexicano del Seguro Social , Hospital General de Zona Venados, Hospital Regional de Zona No. 1 Cuernavaca, y UMAE Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza "Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez"
Población blanco	Población Adulta de ambos sexos.
Fuente de financiamiento / Patrocinador	Instituto Mexicano del Seguro Social.
Intervenciones y actividades consideradas	CIE-9MC: 88.66 Flebografía de venas femorales y otras venas de los miembros inferiores 38.59 Ligadura y extirpación de venas varicosas, 39.32 Sutura de vena, 39.92 Inyección de agente esclerosante. Safenectomía, Historia clínica, Ultrasonografía doppler, compresoterapia.
Impacto esperado en salud	<ul style="list-style-type: none"> • Detección oportuna de insuficiencia venosa recidivante • Reducción del número de recidivas de insuficiencia venosa post-safenectomía • Incrementar la realización de técnicas quirúrgicas con menor recidiva. • Reducción de días de incapacidad en población económicamente activa. • Optimizar los recursos institucionales.
Metodología	Adopción o elaboración de la Guía de Práctica Clínica: de las preguntas a responder y conversión a preguntas clínicas estructuradas, búsqueda y revisión sistemática de la literatura: recuperación de guías internacionales o meta análisis, o ensayos clínicos aleatorizados y/o estudios de cohorte publicados que den respuesta a las preguntas planteadas, de los cuales se seleccionaran las fuentes con mayor puntaje obtenido en la evaluación de su metodología y las de mayor nivel en cuanto a gradación de evidencias y recomendaciones de acuerdo con la escala.
Método de integración	<p>Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia</p> <p>Protocolo sistematizado de búsqueda: Algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas, en centros elaboradores o compiladores de guías, de revisiones sistemáticas, meta análisis, en sitios Web especializados y búsqueda manual de la literatura.</p> <p>Número de fuentes documentales utilizadas: 18</p> <p>Guías seleccionadas: 2</p> <p>Revisiones sistemáticas: 2</p> <p>Número de estudios de cohorte: 4</p> <p>Número de revisiones clínicas: 7</p> <p>Otras fuentes seleccionadas: 3</p>
Método de validación:	<p>Validación por pares clínicos</p> <p>Validación del protocolo de búsqueda: <Nombre e Institución > (en caso de haber sido desarrollado por el grupo de autores, y validado por CENETEC, especificarlo)</p> <p>Validación de la guía: <Nombre e Institución ></p>
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés
Registro	IMSS-716-14
Actualización	Fecha de publicación: 27 de marzo de 2014. Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación.

Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta Guía, puede dirigir su correspondencia a la División de Excelencia Clínica, con domicilio en Durango No. 289 Piso 1ª, Col. Roma, México, D.F., C.P. 06700, teléfono 55533589.

2. Preguntas a Responder

1. ¿Cuál es la frecuencia de la recidiva posterior a safenectomía?
2. ¿Qué factores de riesgo se asocian a la recidiva posterior a safenectomía?
3. ¿Qué medidas pueden ser útiles para la prevención la recidiva posterior a safenectomía?
4. ¿Cuáles son los criterios clínicos para realizar diagnóstico de la recidiva posterior a safenectomía?
5. ¿Qué exámenes de gabinete se requieren para realizar diagnóstico varice recidivante?
6. ¿Procedimiento médicos y quirúrgicos recomendados para pacientes con varices recidivantes?
7. ¿Cuáles son los criterios para referir un paciente con diagnóstico clínico de varices recidivantes. A 2do nivel. Y tercer nivel?

3. Aspectos Generales

3.1. Justificación

Las venas varicosas son un problema común en la atención médica aunado a los cambios poblacionales, estilos de vida y sobresaturación en los servicios de salud, genera una gran necesidad de un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado con fines de evitar la recidiva, por lo que se ha reflexionado sobre los factores asociados a la recurrencia al igual conjuntamente a incrementar la educación médica continua sobre las técnicas de mínima invasión las cuales se han generalizado (Gad, 2012, Heim, 2008, Poblete, 2003, Kanwar, 2010, Guidelines for the diagnosis and therapy of the vein and lymphatic disorders, Collegio Italiano di Flebologia, 2004).

La recurrencia de varices post-safenectomía esta reportada en general en un 20% , el tiempo de recurrencia varia de 3 meses a 5 años incluso en periodos largos de vigilancia (Arenas, 2006, Gad, 2012, Heim, 2008, Saramien, 2000, W Lv, 2012).

Se han asociado a la recurrencia diversos factores, sin embargo es posible que durante el marcado de varices, aun siendo exhaustivo, se escape un paquete varicoso, trayendo como resultado la posibilidad de varices residuales (Gad, 2012, Heim, 2008, Poblete, 2003).

Dentro de las recomendaciones para reducir las recidivas se encuentran:

- Mejor conocimiento teórico anatomofisiológico de la enfermedad
- Estudio clínico exhaustivo
- Apoyo de un laboratorio vascular bien seleccionado para una correcta clasificación
- Meticulosa técnica quirúrgica

En general estas estrategias pueden colaborar a reducir las recidivas, aunque es de esperar que ello ocurra en menor proporción (Poblete, 2003), sin embargo se ha considerado la más importante la gran variedad anatómica de la unión de la vena safenofemoral (Guidelines for the diagnosis and therapy of the vein and lymphatic disorders, Collegio Italiano di Flebologia, 2004).

También se han estudiados las técnicas indicadas en insuficiencia venosa crónica no superficial (IVC) reportando que la ligadura alta simple de la vena safena más Safenectomía está recomendada para evitar la recidiva postoperatoria(Heim, 2008), en insuficiencia venosa superficial (Guidelines for the diagnosis and therapy of the vein and lymphatic disorders, Collegio Italiano di Flebologia, 2004), también el número de sitios afectados e intervenidos influyen en la recidiva considerando que más de 7 zonas aumenta el riesgo(Pittaluga, 2009).

Las manifestaciones clínicas sugestivas de recidiva de IVC post-safenectomía (Saarinen, 2005, W Lv, 2012, Guidelines for the diagnosis and therapy of the vein and lymphatic disorders, Collegio Italiano di Flebologia, 2004) son los mismos datos de insuficiencia venosa previa a la cirugía, tales como:

- Dolor
- piernas cansadas
- Edema
- Comezón o prurito
- Cambios en la piel (hiperpigmentación, descamación o atrofia)
- Calambres nocturnos

Con la finalidad de un diagnóstico oportuno se recomienda que los pacientes postoperados por IVC requieren un seguimiento regular clínico y con estudios diagnósticos((Guidelines for the diagnosis and therapy of the vein and lymphatic disorders, Collegio Italiano di Flebologia, 2004). El ultrasonido doppler

vascular es el estudio de exploración no invasiva que aporta mayor información sobre insuficiencia venosa crónica(Heim, 2008).

Las indicaciones de tratamiento quirúrgico de la Insuficiencia venosa crónica (IVC) son:

- várices con sintomatología de insuficiencia venosa crónica, con afectación de las venas safenas y venas perforantes.
- Várices poco sintomáticas pero muy evidentes, con potencial de riesgo de complicaciones (varicoflebitis, varicorragia)Várices recidivantes (Guidelines for the diagnosis and therapy of the vein and lymphatic disorders, Collegio Italiano di Flebologia, 2004, Poblete, 2003).

Antes de determinar tratamiento quirúrgico es importante corroborar que se ha llevado a cabo el tratamiento conservador, el cual consiste en:

Medidas terapéuticas Físicas

Manejo Farmacológico

Esclerosis venosa (ambulatoria o quirófano con polidocanol)

Físico: Ejercicio y compresoterapia, evitar inmovilidad (Guidelines for the diagnosis and therapy of the vein and lymphatic disorders, Collegio Italiano di Flebologia, 2004, Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum, 2011).

En caso de que el paciente sea candidato a tratamiento quirúrgico se cuenta con las siguientes técnicas quirúrgicas, dependiendo de la etiología, origen, localización y extensión de las várices:

Ligamiento de la vena safena, flebectomía ambulatoria

Escleroterapia

Ablación térmica endovenosa (Guidelines for the diagnosis and therapy of the vein and lymphatic disorders, Collegio Italiano di Flebologia, 2004, Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum, 2011).

La recurrencia puede ser tratada con una nueva operación, utilizando un enfoque subfacial inguinal lateral, para evitar las dificultades de la esclerosis cicatricial. Las siguientes técnicas recomendadas son :

Ligadura del tronco de la safena

Flebectomía ambulatoria

Escleroterapia o ablación endovenosa térmica.

Valorando la etiología, origen, ubicación y grado o extensión de varicosidad (Guidelines for the diagnosis and therapy of the vein and lymphatic disorders, Collegio Italiano di Flebologia, 2004, Clinical practice 10 guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum, 2011).

Es recomendable en todo paciente postquirúrgico valorarlo en los primeros 3 meses de post-safenectomía con interconsultas anuales durante los primeros 5 años (W Lv, 2012).

La referencia a medicina especializada es un proceso que conlleva un mejor pronóstico, con diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado, con fines de ofrecer una buena calidad y asimismo optimizar los recursos para la población que lo requiera, sin embargo la optimización de recursos y la oportunidad de envío a estos centros especializados se fundamentará en el conocimiento o criterios diagnósticos, y terapéuticos óptimos, conllevando mejorar la calidad de vida en esta población, que en gran parte se encuentra en población económicamente activa.

Por lo anterior es necesario contar con una herramienta clínica como es la Guía de práctica clínica como base para obtener estos objetivos.

3.2. Objetivo

La Guía de Práctica Clínica **Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Venas varicosas recidivantes de miembros inferiores post-safenectomía** forma parte de las guías que integrarán el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción

Específico: Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2013-2018.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer nivel de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- Detección oportuna de insuficiencia venosa recidivante
- Reducción del número de recidivas de insuficiencia venosa post-safenectomía
- Incrementar la realización de técnicas quirúrgicas con menor recidiva.
- Reducción de días de incapacidad en población económicamente activa.
- Optimizar los recursos institucionales.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.3. Definición

Recidiva de Insuficiencia venosa post-Safenectomía: Reparición de insuficiencia venosa o várices en un miembro operado previamente (Poblete, 2003).

Insuficiencia venosa crónica: 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 la define como los cambios producidos en las extremidades inferiores resultado de la hipertensión venosa prolongada (GPC Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia venosa Crónica, IMSS, 200)

4. Evidencias y Recomendaciones

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de las Evidencias y Recomendaciones expresadas corresponde a la información disponible y organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una. En caso de evidencias y/o recomendaciones desarrolladas a partir de otro tipo de estudios, los autores utilizaron la escala: <nombre de la escala>.

Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:



En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación, el número y/o letra representan la calidad de la evidencia y/o fuerza de la recomendación, especificando debajo la escala de gradación empleada; las siglas que identifican el nombre del primer autor y el año de publicación se refiere a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información, como se observa en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
	La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP a través de la escala de “BRADEN” tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud.	1^a Shekelle <i>Matheson, 2007</i>

4.1 Prevención

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>La recurrencia de varices post-safenectomía esta reportada en general en un 20%. El tiempo de recurrencia a los 5 años es del 20% al 60%.</p>	<p>lib (Shekelle) Arenas, 2006 III (Shekelle) Gad , 2012 lib (Shekelle) Heim , 2008 lib Saranien, 2000</p>
	<p>Algunos estudios han encontrado datos de recurrencia a corto plazo postquirúrgico entre 3 meses a 5 años.</p>	<p>III (Shekelle) W Lv, 2012</p>
	<p>La recurrencia ha sido relacionada o atribuido a varias circunstancias en los pacientes postoperados :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico inicial inadecuado(falta de ultrasonido doppler) ❖ Progresión de la enfermedad ❖ Cirugía inicial inadecuada (Varices residuales) ❖ Nuevas alteraciones hemodinámicas venosas ❖ Neo vascularización ❖ Características del paciente ❖ Varices residuales ❖ Insuficiencia venosa profunda ❖ Sistema venoso perforante insuficiente ❖ Variantes anatómicas ❖ Angiodisplasia <p>Es posible que durante el marcado de varices, aun siendo exhaustivo, se escape algún paquete varicoso, como resultado el paciente operado quedara con varices residuales.</p>	<p>lib (Shekelle) Heim , 2008 III (Shekelle) Gad , 2012 III (Shekelle) Poblete, 2003.</p>

	<p>Dentro de las recomendaciones para reducir las recidivas se encuentran:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mejor conocimiento teórico anatomofisiológico y hemodinámico de la enfermedad ○ Estudio clínico exhaustivo ○ Apoyo de un laboratorio vascular bien Seleccionado en la consulta externo para una correcta clasificación. ○ Meticulosa técnica quirúrgica (adecuado marcado del paciente y cirugía completa indicada). ○ Falta de apego a recomendaciones médicas de parte de los pacientes (medidas higiénico-dietéticas específicamente higiene vascular, o control de peso). ○ Gran número de zonas para tratar (>7) <p>En general estas estrategias pueden colaborar a reducir las recidivas, aunque es de esperar que ello ocurra en menor proporción.</p>	<p style="text-align: center;">C (Shekelle)</p> <p>Poblete, 2003</p> <p style="text-align: center;">B (Shekelle)</p> <p>Heim , 2008</p> <p style="text-align: center;">B (Shekelle)</p> <p>Gad, 2012</p>
	<p>Entre la razones que conducen a errores durante la cirugía de IVC, sin duda la más importante es la gran variedad anatómica de la unión de la vena safenofemoral, lo que puede conducir que el cirujano en forma inadvertida deje colaterales.</p>	<p style="text-align: center;">IV (Shekelle)</p> <p>Guidelines for the diagnosis and therapy of the vein and lymphatic disorders, Collegio Italiano di Flebologia, 2004</p>
	<p>Es importante que el cirujano sea conocedor de las posibles variantes anatómicas, con marcado de paquetes varicosos previos a la intervención, al igual que la crocectomía adecuada).</p>	<p style="text-align: center;">IV (Shekelle)</p> <p>Guidelines for the diagnosis and therapy of the vein and lymphatic disorders, Collegio Italiano di Flebologia, 2004</p>
	<p>Previo a tratamiento quirúrgico el paciente con IVC recidivante debe tener exploración con USG doppler venoso y / o flebografía venosa los cuales nos auxiliara a identificar el sitio de hipertensión venosa para considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Re exploración del cayado - Flebectomía segmentaria - Tratamiento de perforantes insuficiente en base a regiones. 	<p style="text-align: center;">A</p> <p>(Guidelines for the diagnosis and therapy of the vein and lymphatic disorders, Collegio Italiano di Flebologia, 2004)</p> <p style="text-align: center;">III (Shekelle)</p> <p>Arenas, 2006</p> <p style="text-align: center;">IIB (Shekelle)</p> <p>Heim , 2008</p>

E	La falta de apego a las recomendaciones médicas conllevan a un desarrollo progresivo de insuficiencia de venas colaterales o a neo-vascularización.	lib (Shekelle) Heim , 2008, III (Shekelle) W Lv, 2012
E	Diversos estudios de pacientes post-operados por diversas técnicas de insuficiencia venosa de miembros pélvicos concluyen que la técnica quirúrgica con mayor recurrencias fue la ligadura alta simple, le sigue la ligadura alta con extracción de la vena safena y la técnica con menor recurrencia es aquella en la que se efectuó un estudio hemodinámico adecuado con crocectomia con ligadura de perforantes insuficientes y extracción de la safena.	III (Shekelle) W Lv, 2012 lib (Shekelle) Heim , 2008,
R	Con fines de intentar menos recidiva es recomendable realizar estudio hemodinámico adecuado con crocectomia con ligadura de perforantes insuficientes y extracción de la safena.	III (Shekelle) W Lv, 2012 B (Shekelle) Heim , 2008
R	En insuficiencia venosa superficial la ablación conjuntamente con terapia de compresión es recomendable para reducir las recidivas.	1A (Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum, 2011)
E	La sección quirúrgica de las venas colaterales del cayado se relaciona a mayor recidiva en los casos que existen colaterales no identificadas.	lib (Shekelle) Arenas, 2006
E	Otro factor que se asocia con mayor recidiva varicosa de la flebectomía es cuando existen un mayor número de zonas para ser tratadas, los pacientes con más de 7 son los que tiene mayor riesgo de recidiva.	lib (Shekelle) Pittaluga, 2009
R	Informar a los pacientes programados para safenectomia con factores de riesgo de recidiva la posibilidad de recurrencia.	B (Shekelle) Pittaluga, 2009 B (Shekelle) Arenas, 200

4.2 Diagnóstico

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>Las manifestaciones clínicas sugestivas de recidiva de insuficiencia venosa crónica (IVC) post-safenectomía son los mismos datos de insuficiencia venosa previa a la cirugía, tales como:</p> <p>Dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Piernas cansadas ❖ Edema ❖ Comezón o prurito ❖ Cambios en la piel (hiperpigmentación, descamación o atrofia) ❖ Calambres nocturnos <p>Molestias que no mejoran al tratamiento de higiene venosa.</p>	<p>lib (Shekelle) <i>Saarinen, 2005</i></p> <p>III (Shekelle) <i>WLV, 2012</i></p> <p>IV (Shekelle) <i>Guidelines for the diagnosis and therapy of the vein and lymphatic disorders, Collegio Italiano di Flebologia, 2004</i></p>
	<p>En la valoración médico del paciente postoperado por safenectomía se debe interrogar o documentar la presencia o ausencia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Dolor ❖ Piernas cansadas ❖ Edema ❖ Comezón o prurito ❖ Cambios en la piel (hiperpigmentación, descamación o atrofia) ❖ Calambres nocturnos <p>Molestias que no mejoran al tratamiento de higiene venosa.</p>	<p>B (Shekelle) <i>Saarinen, 2005</i></p> <p>C (Shekelle) <i>WLV, 2012</i></p> <p>D (Shekelle) <i>Guidelines for the diagnosis and therapy of the vein and lymphatic disorders, Collegio Italiano di Flebologia, 2004</i></p>
	<p>El examen físico debe incluir una evaluación con el paciente en posición de pie, lo cual permite la máxima distensión de las venas.</p>	<p>D (Shekelle) <i>Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica IMSS, 2009</i></p>

	En la evaluación de la IVC debe de aplicarse la clasificación de la CEAP.	B (Guidelines for the diagnosis and therapy of the vein and lymphatic disorders, Collegio Italiano di Flebologia, 2004)
	Los pacientes postoperados por IVC requieren un seguimiento clínico con fines de evaluar el apego a las medidas de higiene venosa y la posibilidad de recidiva.	A (Guidelines for the diagnosis and therapy of the vein and lymphatic disorders, Collegio Italiano di Flebologia, 2004)
	Los estudios diagnósticos para el diagnóstico de IVC son: ❖ ultrasonido doppler vascular ❖ flebografía descendente	B (Guidelines for the diagnosis and therapy of the vein and lymphatic disorders, Collegio Italiano di Flebologia, 2004)
	Realizar ultrasonido doppler vascular o flebografía descendente para realizar diagnóstico de IVC.	Ib (Shekelle) Heim , 2008,
	Ante la duda diagnóstica del ultrasonido doppler dúplex venoso, se considerará la flebografía descendente como estudio definitivo.	III (Shekelle) Eberhardt, 2005
	Realizar flebografía descendente en casos de duda diagnóstica con ultrasonido doppler vascular como estudio definitivo.	C (Shekelle) Eberhardt, 2005
	Es recomendable que el personal que realice ultrasonido doppler debe estar capacitado en la técnica, por su relevancia en el tratamiento y pronóstico.	Punto de Buena Práctica

R	<p>El cirujano debe de contar previa a la intervención dentro de lo posible con USG doppler venoso y / o flebografía venosa los cuales nos auxiliara a identificar el sitio de hipertensión venosa para considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Re exploración del cayado - Flebectomía segmentaria - Tratamiento de perforantes insuficiente en base a regiones. 	<p>A (Guidelines for the diagnosis and therapy of the vein and lymphatic disorders, Collegio Italiano di Flebologia, 2004) III (Shekelle) Arenas, 2006 IIB (Shekelle) Heim , 2008</p>
----------	---	--

4.3 Tratamiento

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	<p>Las indicaciones de tratamiento quirúrgico de la Insuficiencia venosa crónica (IVC)recidivante son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con sintomatología de IVC con afectación de las venas residuales y venas perforantes. • Pacientes con poco sintomáticas muy evidentes, con potencial de riesgo de complicaciones (varicoflebitis, varicorragia, úlceras, trombosis venosa profunda y tromboembolia pulmonar) 	<p>IV (Shekelle) <i>Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica IMSS, 2009</i></p>
R	<p>Considerar tratamiento quirúrgico a pacientes con IVC con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con sintomatología de IVC con afectación de las venas residuales y venas perforantes. • Pacientes con poco sintomáticas muy evidentes, con potencial de riesgo de complicaciones (varicoflebitis, varicorragia, úlceras, trombosis venosa profunda y tromboembolia pulmonar) 	<p>D (Shekelle) <i>Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica IMSS, 2009</i></p>
E	<p>El objetivo del tratamiento quirúrgico es mejorar los síntomas y prevenir o tratar las complicaciones lo cual se logra a través de la eliminación o remoción de las venas insuficientes o varicosas (Stripping) y desconectar el sistema profundo, debiéndose ser visto en el contexto de la subyacente y el problema molesto de las varices recurrentes</p>	<p>IV (Shekelle) <i>Guidelines for the diagnosis and therapy of the vein and lymphatic disorders, Collegio Italiano di Flebologia, 2004</i> III (Shekelle) Poblete, 2003.</p>

E	La remoción de la vena safena con ligadura alta de la unión safeno femoral se considera duradera y el estándar de tratamiento para muchos pacientes con IVC.	IV (Shekelle) <i>Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica IMSS, 2009</i>
E	Los resultados son satisfactorios después de utilizar estas técnicas, si se consideran que solo excepcionalmente podrán corregirse en forma completa, siempre y cuando no existan alteraciones del sistema venoso profundo demostrables.	III (Shekelle) <i>Poblete, 2003.</i>
R	La remoción de la vena safena con ligadura alta de la unión safeno femoral está indicada en gran parte de los pacientes con IVC.	IV (Shekelle) <i>Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica IMSS, 2009</i>
R	<p>Antes de determinar tratamiento quirúrgico es importante corroborar que se ha llevado a cabo el tratamiento conservador, el cual consiste en:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Medidas físicas terapéuticas (Ejercicio y compresoterapia, evitar inmovilidad) ○ Manejo farmacológico sintomático flebotómicos. ○ Esclerosis venosa (ambulatoria o quirófano con esclerosantes en caso de contar con el recurso) 	B <i>(Guidelines for the diagnosis and therapy of the vein and lymphatic disorders, Collegio Italiano di Flebologia, 2004)</i> 1A <i>(Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum, 2011)</i>
	En los pacientes con recurrencia, que no responden al tratamiento conservador, serán valorados para tratamiento quirúrgico.	Punto de Buena Práctica
R	Cuando la insuficiencia venosa profunda es grave esta descrito a realizar plastia, aunque lo reportado no ha mostrado resultados adecuados.	IV (Shekelle) <i>Poblete, 2003.</i>
E	Existen estudios en donde la escleroterapia más cirugía convencional mostró mejores resultados en el tratamiento de insuficiencia venosa recidivante (IVCR).	III (Shekelle) <i>Bruce Campbell, 2006</i> III (Shekelle) <i>Poblete, 2003</i> lib (Shekelle) <i>Arenas, 2006</i>

	<p>Estudios aislados han reportado la utilidad de la escleroterapia combinada con procedimientos quirúrgicos, sin embargo estos estudios no son consistentes, pues en algunos metanálisis reportan que los resultados varían a corto o largo plazo.</p>	<p>C (Shekelle) Campbell, 2006 Ib (Shekelle) Arenas, 2006 Ia (Shekelle) Rigby, 2008</p>
	<p>Un metanálisis de 450 pacientes en los que comparo escleroterapia con guía ultrasonográfica(USGFS), ablación por radiofrecuencia (RFA),laser terapia (EVLT) Vs cirugía convencional (HL/S), encontró que la recanalización vascular fue mayor en laser terapia comparada con cirugía convencional, aunque no hubo significancia estadística, La recurrencia posterior a la ablación por radiofrecuencia fue la misma que con la cirugía convencional no habiendo diferencias significativas, aunque deben considerarse con reservas pues la calidad metodológica se consideró insuficiente</p>	<p>Ia (Shekelle) Nesbitt , 2012</p>
	<p>Otro estudio de ECAs reporto que la escleroterapia buenos resultados al año del tratamiento, no siendo los mismo a largo plazo(a los tres a cinco años) concluyendo que la cirugía es mejor a largo plazo..</p>	<p>Ia (Shekelle) Rigby, 2008</p>
	<p>La cirugía convencional debe de ser de elección con fines de reducir la recanalización obteniendo mejores resultados a largo plazo.</p>	<p>A (Shekelle) Rigby, 2008</p>
	<p>Las contraindicaciones para cirugía venosa mayor;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Linfedema. - Varices secundarias / Angiodisplasia. - Pacientes cuya clínica puede ser atribuida otra patología osteoarticular radicular. - Obesidad mórbida. - El tratamiento quirúrgico en paciente con IVC enfermedad arterial periférica está contraindicado <p>Como criterio general, todos aquellos pacientes con riesgo quirúrgico elevado derivado de otra patología asociada. El tratamiento quirúrgico no se recomienda como uso rutinario Como contraindicación relativa es pacientes mayores de 70 con valoración preoperatoria de muy alto riesgo(ASA, o por clasificación de Goldman).</p>	<p>IV (Shekelle) <i>Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica IMSS, 2009</i></p> <p>III [E: Shekelle] <i>GPC Valoración Preoperatoria en Cirugia No Cardiaca en el Adulto, IMSS 2011.</i></p>

	<p>El médico especialista debe informar a los paciente las opciones quirúrgicas en cada caso en particular, en el que la preferencia o aceptación del paciente es necesaria para su realización.</p>	<p>C (Shekelle) Jones, 2008</p>
---	--	---

4.4 Vigilancia y seguimiento

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
	<p>Algunos estudios han encontrado datos de recurrencia a corto plazo posterior a cirugía (3 meses) y a largo plazo (5 años).</p>	<p>IIb (Shekelle) W Lv, 2012</p>
	<p>Valorar posterior a cirugía por IVC en los primeros 3 meses en el nivel de atención en donde fue intervenido, solicitando a su egreso ser re-enviado a especialidad para valoraciones anuales durante los primeros 5 años,</p>	<p>B (Shekelle) W Lv, 2012</p>
	<p>Teniendo en cuenta que algunos recidivan es recomendable que en todo paciente postquirúrgico se haga un seguimiento en los primeros 3 meses para continuar su vigilancia en segundo nivel de atención. En el segundo nivel debe e continuar su seguimiento entre los 3 a 6 meses de postquirúrgico, y podrá contra referir a primer de acuerdo al caso para solicitar revaloración anual nuevamente el segundo.</p>	<p>Punto de Buena Práctica</p>

4.4 Vigilancia y seguimiento

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
	<p>Los criterios para referir un paciente con diagnóstico clínico de varices recidivantes a 2do nivel son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con sintomatología persistente que no responden a las medidas conservadoras o de higiene venosa(ejercicios y compresoterapia) • Paciente que presenten o hayan presentado insuficiencia venosa crónica complicada, con flebitis o varicotrombosis y úlceras. • Varices recidivantes. 	<p>D (Shekelle) <i>Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica IMSS, 2009</i></p> <p>B (Shekelle) W Lv, 2012</p>

	El primer nivel deberá referir al paciente postsafenectomia anualmente a consulta especializada de segundo nivel durante los primeros 3 años a fin de detección oportuna de recidivas.	Punto de Buena Práctica
	Los pacientes con sospecha clínica de recidiva postquirúrgica debe ser enviado a segundo nivel con estudios recientes preoperatorios del mes en el que se envía (Biometría Hemática, Glucosa, Tiempo de protrombina, Tiempo de trombina, creatinina sérica) u otros complementarios específicos de acuerdo a comorbilidad del paciente.	Punto de Buena Práctica

4.6 Criterios de referencia

4.6.1 De segundo a Tercer nivel de atención

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
	<p>Se referirán los pacientes a tercer nivel atención, con IVC recidivante post- safenectomia cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haya sospecha de causa congénita de IVC. • Ulceras recurrentes a pesar de segundo tratamiento médico o quirúrgico • Paciente con datos de secuela pos-trombótica. • Pacientes con comorbilidad (Diabetes, enfermedad cardiovascular, Insuficiencia renal e enfermedad pulmonar) 	Punto de Buena Práctica
	<p>En casos especiales se pueden enviar a valoración pacientes que pudieran ser candidatos al uso de esclerosantes quedando a juicio de la disponibilidad o factibilidad de su aplicación, lo anterior ha sido utilizado en algunos centros bajo el fundamento de ser un medicamento fleboesclerosante en varices esofágica, su uso en angiología ha sido para esclerosis de varices de miembros pélvicos, siempre considerando la disponibilidad y la autorización en la unidad de atención.</p>	Punto de Buena Práctica

4.7 Criterios de contra-referencia

4.7.1 De Tercer a segundo nivel de atención

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
	<p>Se contra-referirán los pacientes de tercer nivel atención, con IVC recidivante post- safenectomía cuando a</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sin existan datos de hipertensión venosa clínicamente y con estudios de gabinete. - Sin datos de insuficiencia arterial - Pacientes con secuela post-trombótica ya recanalizado - Pacientes en los que se descartó malformación venosa. 	<p>Punto de Buena Práctica</p>

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
	<p>Se enviarán a su primer nivel de atención cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No se haya confirmado recidiva. - Pacientes que no aceptaron tratamiento especializado (médico-quirúrgico). - Pacientes cuya comorbilidad el tratamiento quirúrgico venoso lo contraindique. 	<p>Punto de Buena Práctica</p>

5. Anexos

5.1 Protocolo de Búsqueda

La búsqueda sistemática de información se enfocó a documentos obtenidos acerca de la temática **Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Venas Varicosas recidivantes de miembros Pélvicos Inferiores Post-safenectomía**. La búsqueda se realizó en PubMed y en el listado de sitios Web para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica.

Criterios de inclusión:

Documentos escritos en **Inglés y español de búsqueda**.

Documentos publicados los últimos **5 años** (rango recomendado) o, en caso de encontrarse escasa o nula información, documentos publicados los últimos **10 años** (rango extendido).

Documentos enfocados **<orientación de la guía, generalmente descrita en el título>**.

Criterios de exclusión:

Documentos escritos en otro idioma que no sea español o inglés.

Estrategia de búsqueda

5.1.1 Primera Etapa

Esta primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Venas Varicosas recidivantes de miembros inferiores Post-safenectomía en PubMed. Las búsquedas se limitaron a humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de Guías de Práctica Clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el(los) término(s) **Varicose Veins MeSh utilizados en la búsqueda**. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio 10 579 resultados, de los cuales se utilizaron **16** documentos en la elaboración de la guía.

Búsqueda	Resultado
Búsqueda de PubMed correspondiente	10 579

Algoritmo de búsqueda:

- **Varicose Veins**
- **OR Humans**
- **OR "Varicose Veins/epidemiology"[Mesh]**
- **OR "Varicose Veins/prevention**
- **OR "Varicose Veins/rehabilitation"[Mesh]**
- **OR "Varicose Veins/surgery"[Mesh]**
- **OR "Varicose Veins/therapy"[Mesh]**
- **OR "Varicose Veins/ultrasonography"[Mesh]**

5.1.2 Segunda Etapa

En esta etapa se realizó la búsqueda en Tripdatabase de datos a la(s) que se tenga acceso> con el término varicose veins surgery con los que se haya realizado la búsqueda>. Se obtuvieron <# de resultados obtenidos> resultados de los cuales se utilizaron <# de documentos utilizados> documentos en la elaboración de la guía.

5.1.3 Tercera Etapa

(En caso de no tener acceso a base de datos, aplica la Segunda Etapa)

En esta etapa se realizó la búsqueda en sitios Web en los que se buscaron Guías de Práctica Clínica con el término **Varicose Veins** . A continuación se presenta una tabla que muestra los sitios Web de los que se obtuvieron los documentos que se utilizaron en la elaboración de la guía.

Sitios Web	# de resultados obtenidos	# de documentos utilizados
www.tripdatabase.com	797	2

5.2 Escalas de Gradación

Nivel de evidencia y recomendaciones de la guía "The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum, 2011"

Grado	Descripción de la recomendación	Beneficios Vs riesgos y daños o cargas	Calidad metodológico de la evidencia	Implicaciones
1A	La fuerza de recomendación es una evidencia de alta calidad	Los beneficios superan claramente los riesgos y cargas, o viceversa	Ensayos clínicos aleatorizados sin limitaciones importantes (resultados inconsistentes, fallas metodológicas con imprecisión) o excepcionalmente fuerza de evidencia de estudios observacionales.	Fuerza de recomendación alta con aplicabilidad para más pacientes en más circunstancias sin reservas.
1B	La fuerza de recomendación es de una evidencia de moderada calidad	Los beneficios superan claramente los riesgos y cargas, o viceversa	Estudios observaciones o seres de casos.	Fuerza de recomendación alta que se puede aplicar en la mayoría de los pacientes en muchas circunstancias sin reservas.
1C	La fuerza de recomendación es de una evidencia de baja o muy baja calidad	Los beneficios superan claramente los riesgos y cargas, o viceversa	Ensayos clínicos aleatorizados sin limitaciones de importancia.	Fuerza de recomendación alta pero puede cambiar la calidad al más alto en pruebas disponibles.
2A	Recomendación débil de una evidencia de alta calidad	Los beneficios están equilibrados con los riesgos y la carga	Evidencia de estudios observacionales.	Recomendación débil, la mejor acción que puede variar en función de las circunstancias o pacientes o valores de la sociedad.
2B	Recomendación débil de una evidencia de moderada calidad	Los beneficios están equilibrados con los riesgos y la carga	Ensayos clínicos aleatorizados con limitaciones (resultados inconsistencia, fallas metodológicas de estudios observacionales.	Recomendación débil, la mejor acción que puede variar en función de las circunstancias o pacientes o valores de la sociedad.
2C	Recomendación débil de una evidencia de una evidencia de baja o muy baja calidad	Existe incertidumbre en las estimaciones de los beneficios, riesgos y carga.	Estudios observaciones o seres de casos.	Recomendaciones muy débiles, otras alternativas que pueden ser igualmente razonables

Escala utilizada para clasificar la evidencia y recomendaciones de la GPC de atención prenatal del IMSS

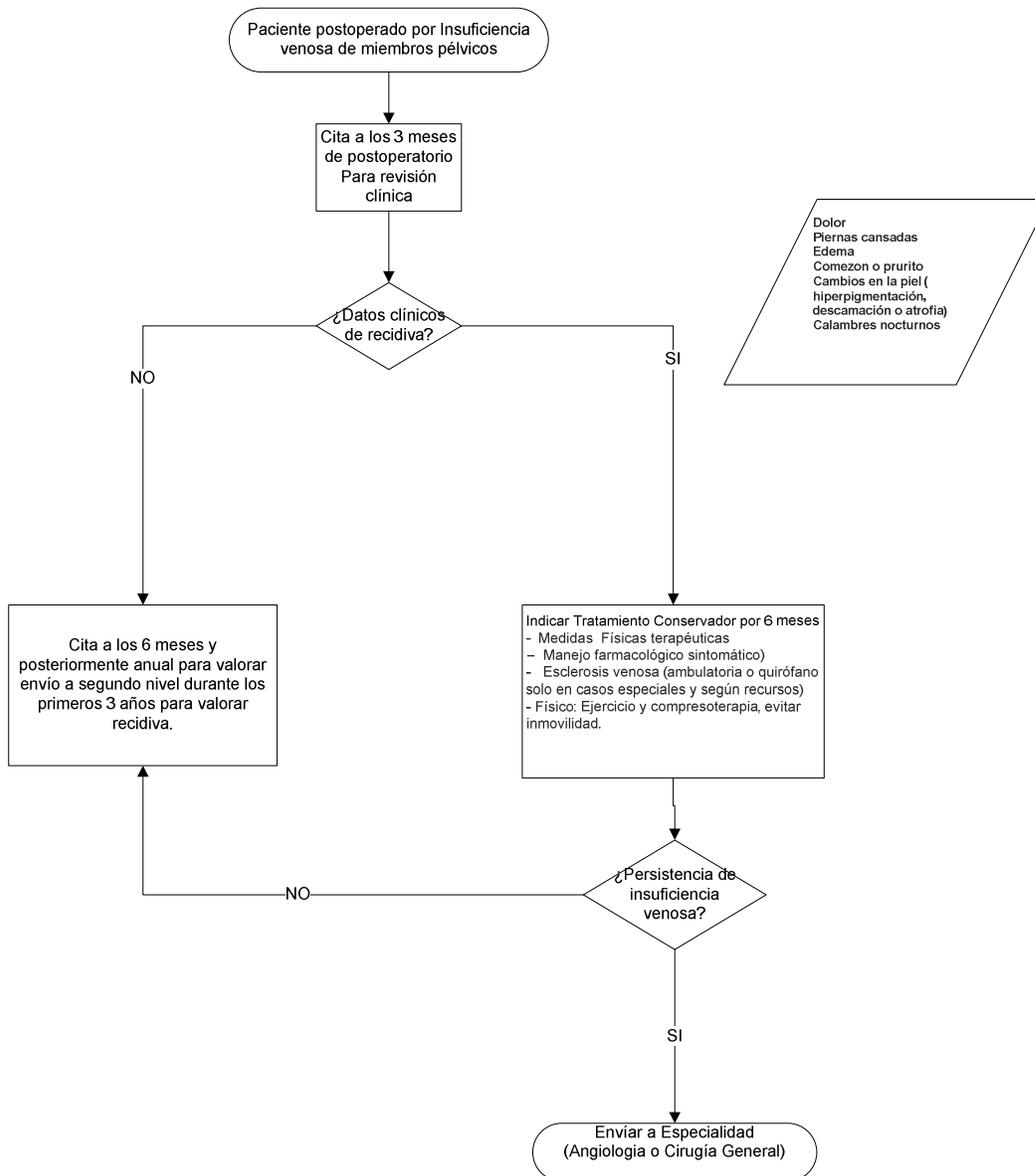
2003

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorios	
Ila. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoridad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
Ilb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

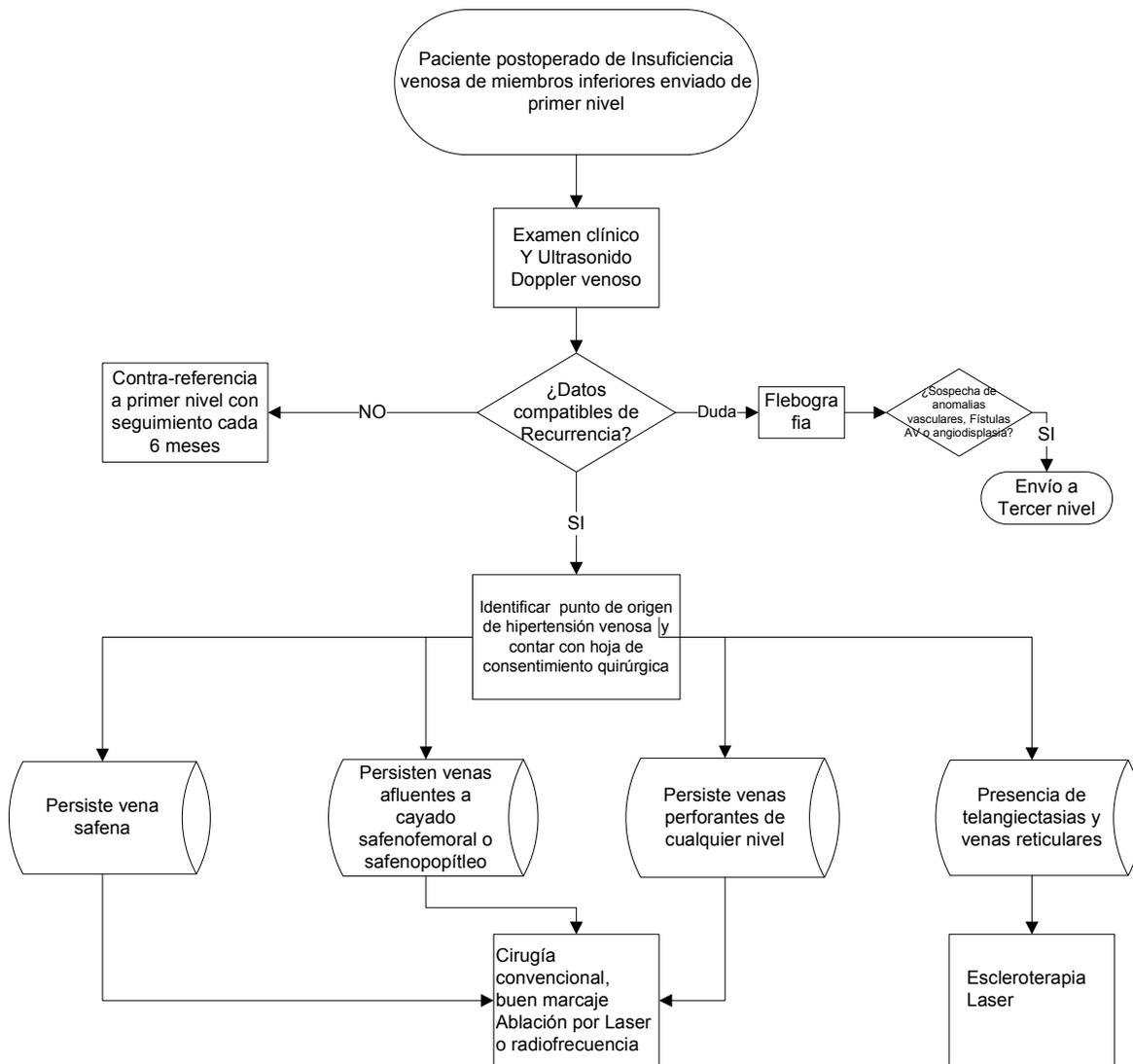
Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

5.3 Diagramas de Flujo

Diagnóstico y referencia de Recurrencia de insuficiencia venosa de miembros pélvicos post-safenectomía de primer a segundo nivel de atención



Diagnóstico y Tratamiento de Insuficiencia venosa de miembros inferiores recurrente



5.5 Listado de Recursos

5.5.1 Tabla de medicamentos

Medicamentos mencionados indicados en el tratamiento de Insuficiencia Venosa de miembros inferiores del Cuadro Básico del IMSS y del Cuadro Básico Sectorial:

Cuadro Básico de Medicamentos							
Clave	Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
010.000.41 17.00	Pentoxifilina	400 mg VO cada 8hs	Tableta O Gragea De Liberación Prolongada Cada Tableta O Gragea Contiene: Pentoxifilina 400 mg Envase con 30 tabletas o grageas.	Hasta que cicatrice la úlcera	Cefalea, mareos, náusea, vómito y dolor gastrointestinal.	Aumenta el efecto de los antihipertensivos, de los anticoagulantes y de la insulina.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad a cafeína, teofilina y teobromina, hemorragia cerebral, lactancia.
010.000.41 13.00	Polidocanol	Local en paquete varicoso. Adultos: Infiltrar de 1.5 a 2 ml en cada várice , se puede repetir en caso de reaparición	Solución Inyectable Cada ml contiene: Polidocanol 30 mg Envase con un frasco ampula con 30 ml.	1.5 a 2 ml en cada várice , se puede repetir en caso de reaparición	Reacciones alérgicas, hiperpigmentación en el área esclerosada, inflamación superficial de las venas, necrosis local y ulceración ,colapso, mareo, náuseas, alteraciones visuales, dificultad para respirar, sensación de presión en el pecho, edema agudo pulmonar en caso de que el medicamento ingrese a la circulación sistémica,	La administración simultánea con anestésicos, podría intensificar el efecto en el corazón (efecto anti arritmico).	Hipersensibilidad al fármaco No administrar por vía intravenosa, tampoco intraarterial ni en la cara.

6. Glosario

Ablación: se refiere a la terapia endovenosa (laser o radiofrecuencia).

Atrofia blanca: áreas de piel atrófica circunscrita a menudo como unos círculos blanquecinos y rodeados de manchas capilares dilatadas y algunas veces hiperpigmentación. Este es un signo de enfermedad venosa severa.

Celulitis: es entendida como una inflamación de los tejidos conectivos celulares subcutáneos.

Cirugía convencional: cirugía venosa a través de heridas de uso tradicional.

Compresoterapia: se refiere a la compresión elástica de las extremidades inferiores.

Corona Flebectásica: telangiectasias intradérmicas en forma de abanico sobre la cara medial y lateral del pie. El lugar de la corona en "C" es controversial y requiere más consideración. Algunas veces pudiera ser el inicio de signos de enfermedad venosa avanzada. Esto puede ocurrir en miembros pélvicos con telangiectasias simples en cualquier parte de la extremidad.

Eccema: cambio cutáneo eritematoso, vesiculoso, trasudativo o erupción escamosa de la piel de la pierna. Esta localizado frecuentemente cerca de las venas varicosas, pero puede estar localizado en cualquier lugar de la pierna; el eczema es usualmente debido a enfermedad venosa crónica, y sensibilización a terapia local.

Edema: incremento perceptiblemente del volumen de líquido en el tejido subcutáneo caracterizado por signo de godete. El edema venoso usualmente ocurre en la región del tobillo y es ascendente.

Escleroterapia: es la obliteración química de las venas. Las venas son inyectadas con una sustancia histolesiva (líquido esclerosante) con daños al endotelio, produciendo espasmo, trombosis y una reacción inflamatoria los cuales son tendientes a producir estenosis, fibrosis y la obliteración permanente de la vena.

Fármacos flebotónicos: son un grupo heterogéneo de fármacos que tienen la propiedad de mejorar la sintomatología congestiva venosa y disminuir el edema existente.

Fleboextracción: es la remoción de una vena, en este caso dilatada.

Flebografía: es una técnica radiográfica que consiste en la introducción de contraste en la porción distal de un territorio venoso con la finalidad de obtener imágenes para su diagnóstico.

Hipertensión venosa: es la tensión aumentada del sistema venoso en este caso refiriéndose a los miembros pélvicos la cual se incrementa con diversos factores como son: la bipedestación, obesidad, posturas forzadas, y otras más.

Hipodermatitis: es una forma aguda de dermatoesclerosis, referida como hipodermatitis.

Se caracteriza por enrojecimiento difuso de la piel debido a inflamación aguda y por reblandecimiento. La ausencia de linfadenitis y fiebre distingue esta condición de erisipela o celulitis.

Linfangitis: inflamación de los vasos linfáticos que ocurre como resultado de una infección en un sitio distal del vaso.

Linfedema: es un edema por acumulo anormal de líquido en el tejido subcutáneo, secundario a la incapacidad del sistema linfático para depurar la linfa.

Lipodermatosclerosis: es un signo de enfermedad venosa severa, caracterizada por fibrosis e inflamación crónica de la piel, tejido subcutáneo y algunas veces la fascia.

Medidas de alivio venoso: son indicaciones sugeridas para evitar la hipertensión venosa de las extremidades pélvicas.

Obesidad mórbida: hace referencia a pacientes que están desde un 50 a 100% ó 45 kg por encima de su peso corporal ideal. Por otro lado, un valor mayor a 39 en el índice de masa corporal se puede utilizar para diagnosticar este tipo de obesidad.

Obliteración o procedimientos obliterativos: cierre u obstrucción por medios químicos o físicos de una vena.

Pigmentación: oscurecimiento ocre de la piel usualmente ocurre en la región del tobillo, pero puede extenderse al pie y pierna. Este es un cambio temprano en la piel.

Pletismografía: El flujo sanguíneo de las extremidades superiores e inferiores, o de una parte de ellas, puede ser medido registrando la frecuencia inicial del aumento de volumen cuando el flujo venoso es interrumpido en forma repentina. En la práctica, se realiza mediante el empleo de un manguito neumático, que se insufla en la parte proximal del lugar donde se ha ubicado el sensor pletismográfico. La presión de oclusión debe ser mayor que la presión venosa, pero menor que la presión arterial para no interrumpir éste flujo sanguíneo.

Profesiones de riesgo: aquéllas en las que una persona pasa más de 5 horas de su jornada laboral de pie o sentado: peluqueras, camareros, recepcionistas, etc.

Prueba de torniquete (o Trendelenberg): evalúa el reflujo a través de venas perforantes y de las venas superficiales. Se realiza con el paciente acostado para vaciar las venas de las extremidades inferiores, puede realizarse a un lado de la cama para ayudar a distinguir entre el reflujo superficial o el profundo. La posición de pie se reinstala con un torniquete o compresión manual a varios niveles. En presencia de enfermedad superficial, las venas varicosas permanecerán colapsadas si la compresión es más proximal o cefálica al punto de reflujo. Con insuficiencia venosa profunda (o combinada), las venas varicosas aparecerán a pesar del uso del torniquete o la compresión manual.

Prueba de Perthes: es una prueba para explorar la permeabilidad del sistema venoso profundo. Se coloca un torniquete a nivel del tercio medio del muslo que comprime la circulación venosa superficial, se invita al paciente a caminar y se observa el comportamiento de las venas existentes por debajo del torniquete. Si las varices se hacen prominentes y el sujeto nota molestias progresivas, ello indicará que hay una dificultad al retorno venoso profundo al excluirse el sistema superficial por el torniquete. Si las varices no se hacen especialmente prominentes, la maniobra indica una buena permeabilidad del sistema profundo.

Radiofrecuencia: es una esclerosis que consiste de un sistema de catéteres endovenosos con un generador de radiofrecuencia que produce una quemadura en el interior del vaso con la consiguiente fibrosis y repliegue.

Telangiectasia: confluencia permanente de vénulas intradérmicas dilatadas de menos de 1 mm de calibre. (Guía Italiana).

Tratamiento conservador: se refiere al uso de medidas de alivio venoso, fármacos y compresoterapia.

Tratamiento quirúrgico: se refiere al uso de cirugía convencional, escleroterapia, laser y radiofrecuencia para el tratamiento de la IVC.

Trombofelbitis superficial: es la inflamación de una vena superficial.

Trombosis venosa profunda: es la formación de un coágulo en las venas del sistema venoso profundo.

Úlcera venosa: falta de continuidad crónica de la piel, el cual fracasa para cicatrizar espontáneamente debido a enfermedad venosa crónica.

Varices recidivantes: son dilataciones venosas que aparecen posterior a un manejo de remoción de varices.

Varicoflebitis: es un proceso inflamatorio que presentan las varices.

Varicorragia: es un evento de hemorragia ocasionado de la ruptura de una varice.

Venas reticulares: venas azuladas subcutáneas permanentemente dilatadas desde 1 mm y menores de 3 mm de diámetro. Son usualmente tortuosas. Estas excluyen venas normales visibles con piel transparente.

Venas varicosas: venas subcutáneas permanentemente dilatadas de 3 o más mm. De diámetro en bipedestación. Estas pueden ser venas varicosas tronculares, tributarias y las dependientes de safena.

Vida sedentaria: el que no hace como mínimo 30 minutos de actividad física, al menos moderada, en casi todos los días de la semana.

7. Bibliografía

1. Arenas-RJ, Sellés DR, Ballester-IC, Pérez-MJ, González-VS, Ruiz-del CJ Cirugía clásica frente a 3-Safenectomía para el tratamiento de las varices del miembro inferior. *Cir Esp.* 2006;79(6):370-4 .
2. Bruce Campbell. Varicose veins and their management. *BMJ*, 2006;333(5): 287-292.
3. Eberhardt TR. , Raffetto JD. Chronic Venous Insufficiency. *Circulation.* 2005;111:2398-2409
4. Gad A Mohammed, Saber Aly, Hokkam H Emad, Assesment of Causes and Patterns of Recurrent Varicose Veins After Surgery. *North American Jorunal of Medical Sciences.* 2012, 4(1):45-48.
5. Gardia G, Catalano G, Rosafio I, Granatiero M, DeFazio M. Recurrent varicose veins of the legs. Nalisis of a social problema. *G Chir*;33:450-454.
Disponible:
<http://www.giornalechirurgia.it/common/php/portiere.php?ID=7d2f0256199e9e0d12fdc067d91af3a>
6. Guidelines for the diagnosis and therapy of the vein and lymphatic disorders, Collegio Italiano di Flebologia. *International Ang.*2005, 21(2).
7. Guía de Práctica Clínica CENETEC Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica IMSS, 2009
Dirección electrónica:
<http://intranet:55554/cumae/Guas%20de%20Prctica%20Clinica/ANGIOLOGIA/IMSS-175-09InsuficienciaVenosaCronica/175GER.pdf>
8. Heim D, Negri M, Schlegel U, De Maeseneer M. Resecting the great saphenous stump with endothelial inversion decreases neither neovascularization nor thigh varicosity recurrence. *Journal of Vascular Surgery*,2008;47(5): 1029-1032.
9. Kanwar A, Hansrani M, Lees T, Stansby G .Trends in varicose vein therapy in England: radical changes in the last decade. *Ann R Coll Surg Engl.* 2010; 92: 341–346
10. Kapoor A, Kapoor A, Mahajan G.Endovenous Ablation of Saphenofemoral Insufficiency: Analysis of 100 Patients Using RF Closure Fast Technique.*Indian J Surg.* 2010;72(6):458–462.
Dirección electrónica:
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3077202/pdf/12262_2010_Article_160.pdf
11. Nesbitt C, Eifell R, Coyne P, Badri H, Bhattacharya V,et al. Endovenous ablation (radiofrequency and laser) and foam sclerotherapy versus conventional surgery for great saphenous vein varices. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* In: The Cochrane Library, Issue 12, 2012.
12. Pittaluga , Chastanet S, Rea B. Barbe R.Midterm results of the surgical treatment of varices by phlebectomy with conservation of a refluxing saphenous vein. *J Vasc Surg* 2009;50:107-18.)
13. Poblete SRI.¿Por qué recidivan las várices?. *Rev. Chilena de Cirugía.* Vol 55 - Nº 5, Octubre 2003: 527-536.
14. Jones RH, Peter VJ. Carek, Management of Varicose Veins *Am Fam Physician.* 2008;78(11):1289-1294
15. Rigby KA, Palfreyman SJ, Beverley C, Michaels JA. Cirugía versus escleroterapia para el tratamiento de las venas varicosas (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2.
16. Saarinen V, Suominen, Heikkinen R. Saaristo1 R, Zeitlin1, et al. The Profile Of Leg Symptoms, Clinical Disability And Reflux In Legs With Previously Operated Varicose Disease *J. Scandinavian Journal of Surgery.* 2005; 94: 51–55.
17. The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. Peter Gloviczki, MD,a Anthony J. Comerota, MD,b Michael C. Dalsing, MD,c Bo G. Eklof, MD,d David L. Gillespie, MD,e Monika

- L. Gloviczki, MD, PhD,f Joann M. Lohr, MD,g Robert B. McLafferty, MD, Mark H. Meissner. Journal Of Vascular Surgery, 2011;53(16S): 2S-48S.
18. W Lv, X-J WU, COLLINS M,Z-L HAN, X JIN. Analysis of a Series of Patients with Varicose Vein Recurrence. The Journal of International Medical Research, 2012; 40: 1156-1165.

8. Agradecimientos

Se agradece a las autoridades de **Instituto Mexicano de Seguro Social** las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por **Instituto Mexicano de Seguro Social** y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

Dra. Norma Georgina Mancilla Juárez	Coordinadora de Cirugía Hospital Regional de Zona No. 1 Cuernavaca Delegación Morelos
Srita. Luz María Manzanares Cruz	Secretaria División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajero División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Lic. María Luisa Betancourt Falcó	División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE

9. Comité Académico

Instituto Mexicano del Seguro Social, División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad / CUMAE

Dr. Jaime Antonio Zaldívar Cervera	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Judith Gutiérrez Aguilar	Jefa de Área de Innovación de Procesos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Adolfin Bergés García	Coordinadora de Programas Médicos
Lic. Ana Belem López Morales	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Coordinador de Programas
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador
Lic. Ismael Lozada Camacho	Analista Coordinador