

Alida Bella Vallejo López ^a; Karina Marianela Cárdenas Jarrin ^b; María Graciela Baquerizo Cabrera ^c; Francisco Augusto Vanegas Fajardo ^d

Insuficiencia venosa crónica desde el diagnóstico hasta las nuevas terapéuticas

Revista Científica de Investigación actualización del mundo de las Ciencias. Vol. 2 núm., 2, Junio, ISSN: 2588-0748, 2018, pp. 402-420

DOI: [10.26820/reciamuc/2.2.2018.402-420](https://doi.org/10.26820/reciamuc/2.2.2018.402-420)

Editorial Saberes del Conocimiento

Recibido: 16/02/2018

Aceptado: 22/05/2018

- a. Magister en Diseño Curricular; Magister en Diseño Curricular; Licenciada en Imagenología; Tecnóloga Médica en Radiología; Universidad de Guayaquil; alida.vallejo@ug.edu.ec
- b. Médico; kmcj_1507@hotmail.com
- c. Magister en Diseño Curricular; Química y Farmacéutica; margracielal@hotmail.com
- d. Doctor en Medicina y Cirugía; Tecnólogo Médico en Radiología; cheroky56@hotmail.com

RESUMEN

La IVC es una condición que afecta la calidad de vida y ocasiona gastos en la salud pública del mundo occidental. Su prevalencia ha ido en ascenso, acorde al aumento en la expectativa de vida, asociado al sedentarismo, ciertas profesiones, peso, cambios hormonales, sexo femenino. La IVC de miembros inferiores es consecuencia del aumento de la presión venosa por incompetencia valvular, obstrucción venosa.

La clasificación CEAP utiliza síntomas y signos para plantear el tratamiento idóneo de la IVC. Esta revisión busca conocer más sobre el manejo de esta patología, diagnóstico y tratamiento.

El diagnóstico se hace en referencia a la clínica (síntomas y signos), factores de riesgo y utilizando el eco-doppler, ideal por ser no invasivo, menos costoso y útil al ubicar la lesión y su grado.

Luego del diagnóstico se instaura el tratamiento, que abarca desde las modificaciones del estilo de vida, compresión mecánica, fármacos que ayudan al tono venoso y a la viscosidad de la sangre y cuando con lo anterior no mejoran los síntomas, se hace uso de los procedimientos mínimamente invasivos: ablación térmica o química y en última instancia de la cirugía convencional.

En conclusión, la IVC es una enfermedad que debemos aprender a manejar de manera precoz o temprana, para mantener la calidad de vida y bajar los costos de salud pública.

Palabras Claves: Insuficiencia venosa, eco-doppler, varices, ablación, radiofrecuencia, CEAP, úlceras, eccema.

Insuficiencia venosa crónica desde el diagnóstico hasta las nuevas terapéuticas

Vol. 2, núm. 2., (2018)

Alida Bella Vallejo López; Karina Marianela Cárdenas Jarrin; María Graciela Baquerizo Cabrera; Francisco Augusto Vanegas Fajardo

ABSTRACT

CVI is a condition that affects the quality of life and causes public health expenditures in the Western world. Its prevalence has been increasing, according to the increase in life expectancy, associated with sedentary lifestyle, certain professions, weight, hormonal changes, female sex. CVI of lower limbs is a consequence of increased venous pressure due to valvular incompetence, venous obstruction.

The CEAP classification uses symptoms and signs to propose the appropriate treatment of CVI. This review seeks to know more about the management of this pathology, diagnosis and treatment.

The diagnosis is made in reference to the clinic (symptoms and signs), risk factors and using the Doppler ultrasound, ideal for being non-invasive, less expensive and useful when locating the lesion and its degree.

After the diagnosis, the treatment is established, ranging from lifestyle modifications, mechanical compression, drugs that help the venous tone and viscosity of the blood and when the above does not improve the symptoms, procedures are used minimally invasive: thermal or chemical ablation and ultimately conventional surgery.

In conclusion, IVC is a disease that we must learn to manage early or early, to maintain the quality of life and lower public health costs.

Key Words: Venous insufficiency, eco-Doppler, varicose veins, ablation, radiofrequency, CEAP, ulcers, eczema.

Introducción.

El sistema venoso de miembros inferiores está conformado por dos sistemas, superficial, profundo y venas perforantes que comunican los dos sistemas. El flujo venoso se da por la contracción de la bomba muscular de las piernas, hay válvulas unidireccionales que impiden el reflujo. (1)

La insuficiencia venosa crónica (IVC) se define como la incapacidad de una vena para llevar el flujo de sangre en sentido cardiópeto adaptado a las necesidades de drenaje de los tejidos, termorregulación y reserva hemodinámica con independencia de la posición y actividad. Es consecuencia de una alteración funcional del sistema venoso, por dificultad permanente del retorno venoso, fluyendo la sangre en sentido contrario, del sistema profundo al superficial por incompetencia valvular, elevando la presión venosa evidente en forma de varices, dilataciones venosas superficiales y alteraciones cutáneas por daño de la microcirculación. (2) (3)

Es la enfermedad vascular más frecuente (10-15% de la población adulta occidental presenta varices), en Europa representa entre 1,5-2% del presupuesto de sanidad pública. Afecta a mujeres en un 20-25% y hombres del 10-15%, otros dicen que hay una relación 4:1, es multifactorial y de evolución lenta. Se considera un problema de salud pública por las implicaciones socio-económicas y laborales. (2) (4) (5) (6)

La IVC tiene factores de riesgo que se pueden clasificar de la siguiente manera:

1. predisponentes: antecedentes familiares positivos, por transmisión de características morfológicas de los vasos sanguíneos.

Insuficiencia venosa crónica desde el diagnóstico hasta las nuevas terapéuticas

Vol. 2, núm. 2., (2018)

Alida Bella Vallejo López; Karina Marianela Cárdenas Jarrin; María Graciela Baquerizo Cabrera; Francisco Augusto Vanegas Fajardo

2. Determinantes: embarazos (hormonas, volemia, peso), Menopausia, Ciclo menstrual, Anticonceptivos.
3. Agravantes: sexo femenino, edad, artrosis, pie plano, obesidad.
4. Otros: estreñimiento, sedentarismo, ropa ajustada, exposición al calor. (7) (8)

En España según un estudio, las consultas por enfermedad vascular en atención primaria representan el 3,4% del total de consultas; 69% son flebopatías (30,2% varices). (9)

Las varices sintomáticas inciden en la calidad de vida, los beneficios luego de la cirugía son claros, mejorando la misma y es efectiva desde el punto de vista costo-efecto. (9)

El estudio RELIEF, clínico, epidemiológico, abierto, multicéntrico, internacional, sobre IVC, del cual Lozano tomó la información referente a España y planteó los siguientes: puede haber pacientes con IVC en ausencia de reflujo venoso, la IVC produce síntomas, disminuye calidad de vida y el cuestionario CIVIQ, es útil para evaluar dichos pacientes. (5)

Hay profesiones que predisponen a IVC, se hizo un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, realizado en enfermeras que reportó una prevalencia de insuficiencia venosa del 68%, tenían una edad media de 39 años, consumo de tabaco, alcohol, sobrepeso u obesidad y embarazos múltiples. De ellas 91% estaban de pie 6-8 h en su horario laboral, 79% sedentarias, 49% usaba ropa entallada, 62% no usaba medias compresivas en su trabajo.

Viendo la importancia en salud pública de la IVC debemos hacer esta revisión para actualizar e informar sobre su diagnóstico y manejo más adecuado.

Materiales y métodos.

Revisión de literatura científica médica: artículos de revistas, libros, manuales y trabajos de investigación.

Resultados.

La IVC se caracteriza por presentar la siguiente clínica:

Síntomas: cansancio, pesadez, dolor, hinchazón, tirantez, picor, calambres, que empeoran con la posición de pie, ambientes húmedos, calor y durante la menstruación. Los síntomas mejoran en decúbito, al caminar y en ambiente frío. (1) (9) (5) (10)

Signos: edema, varículas, venas reticulares, varices, trastornos cutáneos, úlceras.

Se han considerado factores de riesgo: sexo, peso, edad, antecedentes familiares, embarazo, tratamiento hormonal, profesión (bipedestación o sentado más de 5 horas de su jornada laboral), sedentarismo. (10)

Diagnóstico de IVC:

Aparte de la clínica y examen físico, el diagnóstico se puede apoyar en estudios de imágenes como el eco doppler.

Insuficiencia venosa crónica desde el diagnóstico hasta las nuevas terapéuticas

Vol. 2, núm. 2., (2018)

Alida Bella Vallejo López; Karina Marianela Cárdenas Jarrin; María Graciela Baquerizo Cabrera; Francisco Augusto Vanegas Fajardo

En 1994, un comité internacional de expertos, creó una clasificación para la insuficiencia venosa en miembros inferiores. (Classification and grading of chronic venous disease in the lower limbs. A consensus statement. (1)

La clasificación llamada CEAP, valora 4 puntos: (10) (8)

C (clínica) de 0 a 6 (menor a mayor)

E (etiología) Ec congénita, Ep primaria, Es secundaria, En sin etiología conocida

A (anatómica) As superficial, Ad profunda (deep), Ap perforante, An sin identificar zona anatómica

P (fisiopatología, en inglés Phisiopatology) Pr reflujo, Po obstrucción, Pr, por reflujo y obstrucción, Pn desconocido.

Tabla 2 Sistema CEAP. Se evalúan 4 aspectos (C: clínica, E: etiología, A: anatomía, P: patología). La más usada es la clasificación clínica (C)

Estadios	Descripción
Clase 0	Ausencia de signos visibles o palpables de enfermedad venosa
Clase C1	Telangiectasias o venas reticulares
Clase C2	Varices
Clase C3	Edema
Clase C4	Cambios tróficos, como pigmentación, eccema, lipodermatoesclerosis, atrofia blanca
Clase C5	Úlcera cicatrizada
Clase C6	Úlcera abierta

Todos estos estadios pueden ser a su vez sintomáticos o asintomáticos. Un paciente puede tener varios de estos estadios a la vez.

Fuente: (9)

Insuficiencia venosa crónica desde el diagnóstico hasta las nuevas terapéuticas

Vol. 2, núm. 2., (2018)

Alida Bella Vallejo López; Karina Marianela Cárdenas Jarrin; María Graciela Baquerizo Cabrera; Francisco Augusto Vanegas Fajardo

El cuestionario CIVIQ es también útil para el diagnóstico de IVC:

1. Dolor
Me duelen las piernas
Este dolor limita mi trabajo
No puedo estar de pie mucho tiempo
Duermo mal
2. Social
No puedo salir de noche
No puedo hacer deporte
No puedo viajar en coche
3. Física
No puedo subir escaleras
Tengo dificultad para agacharme y arrodillarme
No puedo andar muy deprisa
No puedo realizar algunas tareas domésticas (planchar, fregar el suelo o limpiar los muebles)
4. Psicológica
Me irrito con facilidad
No tengo ganas de salir
Me cuesta ponerme en marcha por la mañana
Tengo los nervios de punta
Me siento inútil
Soy como un peso muerto
Tengo que tomar algunas precauciones (como estirar las piernas)
Me canso enseguida
Me da vergüenza enseñar las piernas
* CIVIQ.

Fuente: (5)

Insuficiencia venosa crónica desde el diagnóstico hasta las nuevas terapéuticas

Vol. 2, núm. 2., (2018)

Alida Bella Vallejo López; Karina Marianela Cárdenas Jarrin; María Graciela Baquerizo Cabrera; Francisco Augusto Vanegas Fajardo

Eco-doppler: es un estudio no invasivo, no costoso, reproducible; útil para la correcta valoración, diagnóstico y tratamiento de IVC. El eco es para localizar y visualizar el sistema venoso y el efecto doppler evalúa la existencia, velocidad y dirección del flujo venoso. (1) (11) (3)

En manos expertas permite visualizar topográfica y hemodinámicamente el sistema venoso superficial y profundo, descartando la existencia de un síndrome posttrombótico, permite el diagnóstico diferencial con otras posibles entidades patológicas capaces de generar sintomatología superponible a la de la IVC (edema, ingurgitación venosa, trastornos de trofismo cutáneo, disestesias, etc.). (9)

Según la información recabada por estudios que han utilizado el doppler, la principal causa (70%) es insuficiencia del cayado y/o troncular de la vena safena interna. (4)

Indicaciones del eco-doppler:

Evaluación inicial de pacientes con signos y síntomas, cuando deba hacer un diagnóstico diferencial con otras patologías, ante la sospecha de trombosis venosa o síndrome post-trombótico. (9)

Úlcera varicosa que no mejora luego de 2 semanas de tratamiento tópico. (1)

Evaluación preoperatoria: lo ideal es que la haga el cirujano antes de la cirugía, cualquiera sea la técnica a emplear. (1) (9)

Insuficiencia venosa crónica desde el diagnóstico hasta las nuevas terapéuticas

Vol. 2, núm. 2., (2018)

Alida Bella Vallejo López; Karina Marianela Cárdenas Jarrin; María Graciela Baquerizo Cabrera; Francisco Augusto Vanegas Fajardo

Evaluación post-operatoria: inmediata (1-4 semanas post tratamiento), tardía corto plazo (1 año) en los tratamientos endovenosos para evaluar si se mantiene el resultado y en la cirugía clásica visualizar neo vascularización y si hay varices residuales. Tardía medio plazo (2 a 3 años) y largo plazo (5 a 10 años) en casos especiales como estudios prospectivos. (9)

También existen otros medios diagnósticos que han caído en desuso: pletismografía, flebografía.

Tratamiento de IVC:

1. Estilo de vida:

- a. control de peso, ejercicio, terapia postural, evitar la bipedestación prolongada.
- b. Elevar los miembros inferiores durante la noche.
- c. Evitar calor en miembros inferiores, duchas de agua fría pueden mejorar los síntomas. (1)

2. Terapia compresiva: son vendajes, medias elásticas o compresión mecánica. Es útil para el descenso de la hipertensión venosa ambulatoria, al disminuir el calibre de las venas, mejora la competencia valvular, el edema y ayuda al efecto bomba de los músculos de la pierna. (1)

Insuficiencia venosa crónica desde el diagnóstico hasta las nuevas terapéuticas

Vol. 2, núm. 2., (2018)

Alida Bella Vallejo López; Karina Marianela Cárdenas Jarrin; María Graciela Baquerizo Cabrera; Francisco Augusto Vanegas Fajardo

Tabla 2. Tipos de media y niveles de compresión requeridos según la patología

Clase	Grado de compresión	mmHg en el tobillo	Indicaciones	Prescripción
I	Ligera	18-21	Tratamiento de C ₀ -C ₁	No financiadas
II	Normal	22-29	Tratamiento de C ₂ -C ₃ Prevención de aparición y recidiva de úlceras venosas	Financiadas con receta médica solo en algunas comunidades
III	Fuerte	30-40	Tratamiento de C ₄ -C ₅ y C ₆ Tratamiento del síndrome postrombótico Linfedema	Financiadas con receta médica (debe valorarse previamente la tolerancia)
IV	Muy fuerte	>40	Linfedema	Financiadas mediante PAO; se realizan a medida

PAO: prescripción de artículos ortoprotésicos.

Fuente: (1)

Farmacológico: medicamentos flebotónicos para aliviar los síntomas. (9)

- Flavonoides: aumenta el tono venoso, disminuyen la viscosidad sanguínea y la agregación plaquetaria, el estrés oxidativo; tienen efecto antiinflamatorio, disminuyen hiperpermeabilidad capilar y actúan sobre los factores de crecimiento del endotelio. (1)
- Saponinas: aumentan tono venoso y disminuyen hiperpermeabilidad capilar.
- Dobesilato de calcio: aumento del tono venoso, disminuye permeabilidad capilar, mejora drenaje linfático y mejora viscosidad sanguínea. Ha demostrado su efectividad en estudios contra placebo. (1) (8)
- Sulodexida: acción antitrombótica, anti-fibrinolítica, disminuye valores de fibrinógeno, por tanto mejora viscosidad sanguínea. (1)

Quirúrgico:

Técnicas percutáneas de ablación endoluminal: laser, radiofrecuencia, escleroterapia de espuma, cirugía hemodinámica o cura CHIVA. (9)

- Radiofrecuencia endovenosa CNUS closure (RFA): es energía electromagnética, que al hacer contacto con un tejido provocan vibración y fricción que se transforma en calor, alterando la estructura de la vena: destrucción del endotelio, desnaturalización y contracción del colágeno, acortamiento y engrosamiento de la pared venosa, reducción de la luz del vaso; eso conlleva a oclusión del vaso por fibrosis que posteriormente se atrofia. Según la American Venous Forum, la RFA tiene grado de recomendación 1, nivel de evidencia A. Tiene riesgos: como trombosis venosa, quemadura cutánea, neuritis; que se reduce si hay una adecuada formación y entrenamiento desde la infiltración de la anestesia, cateterización venosa y uso del eco doppler. (4)
- La escleroterapia ecoguiada con espuma no es tan efectiva, pero tiene relevancia en el tratamiento de la recidiva varicosa, varices pélvicas y ulcera varicosa. (9)

Cirugía tradicional o convencional: Ligadura del cayado safeno-femoral y stripping de la vena safena interna. (4)

CHIVA: cura hemodinámica de la insuficiencia venosa ambulatoria. Se detectan los puntos de reflujo, se eliminan y se reconduce el flujo venoso para favorecer drenaje a través de las perforantes. No elimina las venas afectadas, interrumpe los puntos de origen del reflujo. Se plantea que presenta menos recurrencia y efectos secundarios que la cirugía convencional. (1)

Insuficiencia venosa crónica desde el diagnóstico hasta las nuevas terapéuticas

Vol. 2, núm. 2., (2018)

Alida Bella Vallejo López; Karina Marianela Cárdenas Jarrin; María Graciela Baquerizo Cabrera; Francisco Augusto Vanegas Fajardo

Después de la cirugía la recurrencia ocurre entre el 20 al 80 % entre los 5 y 20 años. (9)

Indicación de cirugía:

1. Pacientes con IVC superficial grado C2-C6 de la CEAP,
2. Varices CEAP C2 sintomáticas
3. Pacientes con varico- flebitis a repetición,
4. Varices que hayan sangrado, con edema (CEAP C3)
5. Pacientes con trastornos tróficos de piel (CEAP C4),
6. Úlcera CEAP C6, primero se busca cicatrizar la úlcera, luego eliminar la insuficiencia venosa superficial. (9) (1)

Tabla 4 Sistema de priorización (consenso de Hawaii)

	Puntuación		
	0 puntos	1 punto	2 puntos
<i>Dolor</i>	Ausente	Leve	Intenso
<i>Edema</i>	Ausente	Leve	Moderado
<i>Claudicación venosa</i>	Ausente	Leve	Moderada
<i>Pigmentación</i>	Ausente	Localizada	Extensa
<i>Lipodermatoesclerosis</i>	Ausente	Localizada	Extensa
<i>Úlceras</i>			
Tamaño		< 2 cm	> 2 cm
Duración		< 3 meses	> 3 meses
Recidivas		Una	Más de una
N.º de úlceras		Única	Múltiples

A mayor puntuación, mayor prioridad (0-18).

Fuente: (9)

Contraindicaciones absolutas para cirugía:

1. Riesgo de complicaciones anestésicas o de presentar tromboembolismo pulmonar.
2. Oclusión trombótica del sistema venoso profundo.
3. Agenesia de sistema venoso profundo.
4. Varices secundarias a malformación arteriovenosas congénitas.
5. Enfermedad arterial crónica de miembros inferiores en estado avanzado.
6. Embarazo o lactancia.
7. Infección sistémica.
8. Obesidad mórbida.
9. Enfermedades como cáncer, hepatitis progresiva, insuficiencia cardiaca, enfermedad arterial coronaria, insuficiencia renal (9) (1)

Contraindicaciones relativas para cirugía:

1. Oclusión parcial trombótica del sistema profundo.
2. Trastornos de coagulación, antecedente de enf. tromboembolica personal o familiar, trombofilia grave, tratamiento. Anticoagulantes.
3. IMC > 30 < 40.

Insuficiencia venosa crónica desde el diagnóstico hasta las nuevas terapéuticas

Vol. 2, núm. 2., (2018)

Alida Bella Vallejo López; Karina Marianela Cárdenas Jarrin; María Graciela Baquerizo Cabrera; Francisco Augusto Vanegas Fajardo

4. En pacientes de tercera edad, seleccionar método y comorbilidades. En ellos es preferible: escleroterapia, CHIVA, radiofrecuencia.

5. Linfedema.

6. Enfermedad arterial crónica estadio II.

7. Infección local. (9)

Contraindicaciones de las técnicas percutáneas:

Ablación endoluminal térmica:

1. Tortuosidad o antecedentes de flebitis de vena safena.

2. Safenas de diámetros muy grandes o muy pequeños.

3. Encamamiento.

Ablación endoluminal química:

4. Ecoguiada con espuma: alergia a la sustancia, encamamiento, foramen oval sintomático. (9)

Complicaciones de IVC:

Trastornos cutáneos, úlceras (1-2% de las personas), flebitis superficiales, trombosis venosa profunda. La trombosis venosa ocurre cuando un coagulo o trombo obstruye una vena, es la manifestación más frecuente de la enfermedad tromboembolica venosa. (2)

Eccema venoso: piel eritematosa, escamosa, prurito, bilateral, a nivel del maléolo interno.

Lipodermatoesclerosis: ocurre un proceso de fibrosis en el tejido graso subcutáneo y dérmico, que ocasiona endurecimiento de la piel y se localiza en la parte baja de las piernas. (1)

1. Varicorragia: por ruptura de una varice. (1)
2. Trombosis venosa superficial se presenta de dos maneras: tromboflebitis o varicoflebitis.
Clínica: dolor, prurito, endurecimiento local. Tratamiento sintomático y ambulatorio. Es un proceso benigno y autolimitado. En ocasiones se puede complicar con TVP o TEP si la trombosis está en la safena o en la unión safeno-femoral. ¿Cuándo se puede complicar una TVS? si tiene más de 5 cm, es por encima de la rodilla, antecedentes de trombosis, cáncer activo, cirugía mayor reciente; se debe realizar un eco-doppler e iniciar tratamiento anticoagulante con HBPM por 4 semanas. (1)
3. Trombosis venosa profunda, suelen ser asintomáticas. Se presentan con calor local, dolor, cambio de coloración de la piel, edema blando, fóvea +, dilatación de venas superficiales, signo de Homans +. Se debe hacer un doppler urgente. Tratamiento es HBPM, seguido de anticoagulantes vía oral, para mantener INR entre 2 y 3. (1) Al combinar los síntomas y examen clínico con los factores de riesgo, se puede plantear según Wells una alta o baja probabilidad de tener TVP. La elevación del dímero-D indica la necesidad del eco-doppler, prueba complementaria de elección. (11)
4. Ulceras en miembros inferiores: del 80 al 90% de las úlceras en esa área son por IVC, se localizan en el sitio donde está presente la hipertensión venosa, suelen ser superficiales. . Lo ideal es corregir la causa desde el punto de vista quirúrgico, si no es posible hay que

Insuficiencia venosa crónica desde el diagnóstico hasta las nuevas terapéuticas

Vol. 2, núm. 2., (2018)

Alida Bella Vallejo López; Karina Marianela Cárdenas Jarrin; María Graciela Baquerizo Cabrera; Francisco Augusto Vanegas Fajardo

utilizar la compresión. Además se indica tratamiento farmacológico: pentoxifilina más efectiva con tratamiento compresivo; pero, aun sola es efectiva. La FFMP (fracción flavonoide micronizada purificada) también es efectiva en conjunto con la compresión. Suledoxida: también ha demostrado ser útil en contra de placebo. (1) (12)

Ulcera varicosa infectada, se recomienda cultivo de exudado. Según una revisión de Cochrane se recomienda limpieza, desbridamiento de la ulcera, si no mejora se puede iniciar antibiótico vía oral, acorde al antibiograma. Si hay celulitis se debe iniciar antibiótico contra gram positivos. (1)

Conclusiones.

La IVC es una enfermedad del mundo occidental, que aumenta su prevalencia al aumentar la expectativa de vida.

Tiene factores de riesgo como la edad, genética, peso, sexo, hormonas, sedentarismo, tipo de trabajo, algunos se pueden modificar y otros no.

El diagnóstico se hace por los síntomas y signos clínicos, asociado a eco-doppler.

Hay una clasificación de uso general la CEAP que ayuda a orientar su manejo.

Las úlceras y los cambios tróficos en tobillos, se ven en las IVC de larga data.

El tratamiento es acorde a la clínica del paciente; pero empieza con cambios en estilo de vida, se continúa con fármacos y cuando la clínica no mejora se hace presentes en primer lugar,

Insuficiencia venosa crónica desde el diagnóstico hasta las nuevas terapéuticas

Vol. 2, núm. 2., (2018)

Alida Bella Vallejo López; Karina Marianela Cárdenas Jarrin; María Graciela Baquerizo Cabrera; Francisco Augusto Vanegas Fajardo

los procedimientos mínimamente invasivos como la ablación térmica y química. Además, esta CHIVA y la cirugía convencional.

Los procedimientos mínimamente invasivos son ideales por tener menor costo y menor riesgo de complicaciones, siempre que sean realizadas por personal bien entrenado.

Las complicaciones son: úlceras y cambios tróficos de la piel tienen tratamiento tópico, en el caso de plantearse la cirugía la úlcera debe ser tratada. La TVS y TVP deben ser prevenidas y cuando ocurren deben ser diagnosticadas a tiempo, para instaurar el tratamiento.

En la mayoría de los casos al pasar los años se puede presentar una recidiva.

Recomendaciones.

Educar a la población para disminuir los riesgos de desarrollar IVC o demorar sus complicaciones.

Incentivar el ejercicio, mantener peso adecuado, uso adecuado de hormonas en las mujeres.

El médico clínico debe saber evaluar por antecedentes, factores de riesgo y clínica la insuficiencia venosa en sus inicios, para indicar el tratamiento idóneo y prevenir las complicaciones.

Debe ser de más fácil acceso los procedimientos mínimamente invasivos para la población en general.

Insuficiencia venosa crónica desde el diagnóstico hasta las nuevas terapéuticas

Vol. 2, núm. 2., (2018)

Alida Bella Vallejo López; Karina Marianela Cárdenas Jarrin; María Graciela Baquerizo Cabrera; Francisco Augusto Vanegas Fajardo

Bibliografía.

1. Gayarre Aguado R, Piquer Farrès N, Escobar Oliva B, Fuentes Camps EM. Insuficiencia venosa crónica. FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2016 Jun; 23(1): p. 5-38.
2. Moumneh T, Penaloza A, Roy P. Trombosis venosa profunda. EMC - Tratado de medicina. 2002 Jul; 6(3): p. 1-6.
3. Ciccioli H, Berardi A. Examen Doppler de la insuficiencia venosa de miembros inferiores: consenso entre especialistas. Revista Argentina de Radiología. 2015 Jun; 79(2): p. 72-79.
4. Garcia Madrid C, Pastor Manrique JO. Nuevos avances en el tratamiento de las varices: radiofrecuencia endovenosa VNUS Closure. Cirugía Española. 2011 Sep; 89(7): p. 420-426.
5. Lozado F, Jiménez-Cossío J, Ulloa J. La insuficiencia venosa crónica en España. Estudio epidemiológico RELIEF. Angiología. 2001 Jun; 53(1): p. 5-16.
6. García Archundia A. Cirugía 2. 1st ed. México: Mc Graw Hill; 2013.
7. Vázquez-Hernández I, Acevedo-Peña M. Prevalencia de insuficiencia venosa periférica en el personal de enfermería. Enfermería Universitaria. 2016 Sep; 13(3): p. 166-170.
8. Bozkurt K, Eberhard R, Sharkawy MI. INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA: MANEJO Y TRATAMIENTO. EMJ Dermatol. 2017. 2017 Dic; 5(3): p. 2-14.
9. Bellmunt S, Miquel C, Reina L, Lozano F. La insuficiencia venosa crónica en el Sistema Nacional de Salud. Diagnóstico, indicaciones quirúrgicas y priorización de listas de espera. Documento de la Sociedad Española ~ de Angiología y Cirugía Vascul (SEACV) y del Capítulo de Flebología y Linfología. Angiología. 2013 Abr; 65(2): p. 61-71.
10. Álvarez-Fernández L, Lozano F, Marinello-Roura J, Masegosa-Medina J. Encuesta epidemiológica sobre la insuficiencia venosa crónica en España: estudio DETECT-IVC 2006. ANGIOLOGÍA. 2008 Jul; 60(1): p. 27-36.
11. Gabriel Botella LGM. Nuevos criterios para el diagnóstico y tratamiento de la trombosis venosa profunda de los miembros inferiores. An Med Interna. 2004;; p. 400-407.
12. Guimarães Barbosa J, CL. DIRECTRICES PARA EL TRATAMIENTO DE ÚLCERA VENOSA. Enfermería Global. 2010;; p. 1-13.