

TRENDS IN
AP



ENFERMEDAD VENOSA CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Actualización y papel fundamental de la terapia
compresiva con medias terapéuticas

GRUPO DE TRABAJO
VASCULOPATÍAS

Coordinador

Dr. Juan Fernando Peiró Morant





ÍNDICE

PRESENTACIÓN/INTRODUCCIÓN	3
NOVEDADES EN GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	4
• Recomendaciones para el manejo de la Enfermedad Venosa Crónica en Atención Primaria	4
ARTÍCULOS DE INTERÉS	7
• Conocimiento de la enfermedad venosa crónica en los profesionales sanitarios en España	7
• COmpressioN following endovenous Treatment of Incompetent varicose veins by sclerotherapy (CONFETTI)	9
• Compression Therapy in Acute Deep Venous Thrombosis of the Lower Limb and for the Prevention of Post-Thrombotic Syndrome	11
DOCUMENTO DE CONSENSO	13
• Enfermedad venosa crónica en los nuevos tiempos	13
ACTUALIZACIONES EN EL MANEJO TERAPÉUTICO	15
• Epidemiología	15
• Etiología	15
• Clínica	16
• Diagnóstico	17
• Tratamiento	17
BIBLIOGRAFÍA	24

GRUPO DE TRABAJO VASCULOPATÍAS · SEMERGEN

COORDINADOR Y AUTOR

Dr. Juan Fernando Peiró Morant

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
C.S. Ponent. Islas Baleares. Coordinador Grupo de
Trabajo Vasculopatías de SEMERGEN

AUTORES

Dr. Miguel Ángel Babiano Fernández

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
C.S. Argamasilla de Calatrava. Ciudad Real. Miembro
del Grupo de Trabajo de Vasculopatías y del Grupo de
Trabajo de Urgencias de SEMERGEN

Dra. Natividad Vázquez Gómez

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
C.S.I. Onda II. Castellón. Miembro de Grupo de Trabajo
de Vasculopatías de SEMERGEN

© Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)
Jorge Juan 66-local. 28009-Madrid
www.semergen.es

Diseño, realización y coordinación
editorial:

IMC

INTERNATIONAL
MARKETING &
COMMUNICATION, S. A.

Alberto Alcocer 13, 1.º D
28036 Madrid
Tel.: 91 353 33 70 • Fax: 91 353 33 73
www.imc-sa.es • imc@imc-sa.es

ISBN: 978-84-19460-16-5
Depósito Legal: M-17980-2025

Ni el propietario del copyright, ni el coordinador editorial, ni los patrocinadores, ni las entidades que avalan esta obra pueden ser considerados legalmente responsables de la aparición de información inexacta, errónea o difamatoria, siendo los autores los responsables de la misma.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

Esto es una recopilación parcial y no exhaustiva de artículos publicados. Los datos que aparecen pueden no estar aprobados en el registro de los productos. Por favor, consulte la ficha técnica.

PRESENTACIÓN/INTRODUCCIÓN

Este trabajo tiene como objetivo actualizar al médico de familia, figura esencial e indispensable en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con enfermedad venosa crónica (EVC).

Para ello, presentamos *Enfermedad Venosa Crónica en Atención Primaria: actualización y papel fundamental de la terapia compresiva con medias terapéuticas*, que consta de una monografía descargable, un podcast que incide en los principales puntos a tener en cuenta y un díptico de presentación. Se pueden encontrar varias secciones: la primera abordará las novedades, tomando como elemento de referencia el documento “Recomendaciones para el manejo de la Enfermedad Venosa Crónica en Atención Primaria”; a continuación, se comentarán cuatro artículos de actualidad y, finalmente, una actualización en el abordaje terapéutico, con especial relevancia en el uso de medias de compresión como terapia de base.

Con este documento hemos querido revisar, actualizar y presentar, de manera resumida, sistemática y clara, la evidencia disponible en los últimos años, con el fin de que sea de interés para el médico de familia en su práctica clínica diaria.

La **EVC** se caracteriza por tener una **naturaleza crónica, progresiva** y no siempre benigna. Constituye el **principal motivo de consulta** por enfermedad vascular **en Atención Primaria (AP)**. Sin embargo, es una enfermedad infradiagnosticada e infratratada en todos los niveles asistenciales y tiene repercusiones socioeconómicas importantes. En estadios avanzados, no solo tiene una elevada morbilidad, generando discapacidad, sino que también afecta de manera importante a la calidad de vida^{1,2}.

Su correcto abordaje enlentecerá la progresión de la enfermedad y, por consiguiente, prevendrá la aparición de complicaciones. En este sentido, **el médico de familia juega un papel clave**.

RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD VENOSA CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Carrasco Carrasco E, Díaz Sánchez S. Recomendaciones para el manejo de la Enfermedad Venosa Crónica en Atención Primaria. Madrid: Informaciones Digitales y Comunicación; 2020.

Comentario

La EVC es **la patología vascular más frecuente**, con una **alta prevalencia** en la población, especialmente en **mujeres**, las cuales **presentan más síntomas y de mayor gravedad**. Su prevalencia y gravedad aumentan con la edad, estando esta última íntimamente relacionada con la pérdida progresiva de la calidad de vida. La escasa percepción de gravedad por parte del paciente y de los profesionales sanitarios retrasa su adecuado manejo, infravalorando las posibles consecuencias a largo plazo.

Su mecanismo fundamental lo constituye **el fracaso del aparato valvular venoso**. Los factores de riesgo más importantes no son modificables (**edad, sexo, historia familiar**), mientras que otros sí pueden serlo (**obesidad, sedentarismo**). Su identificación ayudará a establecer estrategias preventivas efectivas.

Sus mecanismos fisiopatológicos fundamentales son el **reflujo venoso** a través de las **válvulas incompetentes** y la **hipertensión venosa man-**

tenida. Esto conduce a una serie de cambios inflamatorios en el endotelio vascular y estructurales en la pared venosa que perpetúan la enfermedad y contribuyen a la progresión de la misma.

Las manifestaciones clínicas son muy amplias e inespecíficas. **El síntoma más típico es el dolor** provocado por la neuropatía venosa; típicamente empeora con la bipedestación prolongada y las altas temperaturas, y mejora con el ejercicio, la deambulación, el frío y la elevación de las piernas.

El signo fundamental es la variz. El edema suele ser blando y aumenta a lo largo del día con la bipedestación y el calor, disminuyendo con el decúbito y al elevar las piernas.

La úlcera venosa constituye la lesión trófica más grave, de evolución tórpida y sin tendencia a la cicatrización espontánea.

La herramienta universalmente aceptada para caracterizar la EVC es la **clasificación CEAP** (*Clinical, Etiology, Anatomy, Pathophysiology*). La Escala de Severidad Clínica Venosa (*Venous Clinical Severity Score*, VCSS) permitirá monitorizar la evolución de la enfermedad y la respuesta al tratamiento.

Su diagnóstico se confirmará mediante la **prueba eco-Doppler**.

En cuanto a su manejo, se recomiendan una serie de medidas generales, pero **la piedra angular es la terapia compresiva, las medias de compresión.** Se recomienda **elegir el nivel de compresión en función de la etapa de la enfermedad, de la sintomatología, las comorbilidades, las características y las preferencias de cada paciente.** Debemos valorar siempre las posibles contraindicaciones de su uso e informar bien para aumentar la adherencia al tratamiento. Las medias de compresión gradual aplican una presión decreciente desde el tobillo hasta la parte proximal de la extremidad. Es importante resaltar que incluso los niveles de presión más bajos reducen los síntomas venosos y el edema. Para la úlcera venosa se recomienda una presión de compresión de 30-40 mmHg en el tobillo o el más alto que tolere el paciente. Se recomienda utilizar alta compresión de forma crónica para disminuir su recurrencia. Si no se toleran las de compresión fuerte o extrafuerte, se recomiendan las de compresión normal (22-29 mmHg) o clase 2 como tratamiento y prevención de recurrencias.

Las guías de práctica clínica recomiendan el uso de **fármacos venoactivos (FVA) para aliviar los síntomas y edemas relacionados con la EVC.**

El objetivo de la cirugía es eliminar el reflujo para restablecer la normalidad hemodinámica, basándose en la eliminación de los segmentos insuficientes.

La varicorragia, la trombosis venosa superficial (TVS) y la trombosis venosa profunda (TVP) son complicaciones de la EVC.

El síndrome posttrombótico (SPT) es la complicación tardía más frecuente de la TVP, en el que durante el proceso de recanalización del trombo se produce la destrucción del endotelio vascular, que provocará reflujo, hipertensión venosa e inflamación crónica de la pared venosa. Su prevención y la recurrencia de la TVP se basan principalmente en la correcta dosificación y duración del tratamiento anticoagulante y en la aplicación de terapia compresiva.

Como tratamiento del SPT están indicados el ejercicio y las recomendaciones generales sobre EVC, las medias de compresión, con una presión recomendada de 30-50 mmHg en el tobillo o la máxima tolerada por el paciente, y la cirugía. Sulodexida podría aliviar la sintomatología de los pacientes con SPT y prevenir las secuelas posttrombóticas.

Es necesaria una correcta continuidad asistencial que permita al médico de AP asumir el manejo de la EVC, contando con el apoyo de Cirugía Vascular en momentos puntuales y adecuados en el tiempo.

La AP debe asumir un rol activo centrado en la prevención de la EVC en los pacientes susceptibles de padecerla, actuando sobre los factores etiológicos modificables, el diagnóstico clínico y el empleo de tratamiento médico no intervencionista desde el momento de su detección, la selección y derivación de aquellos pacientes que se puedan beneficiar de un tratamiento quirúrgico, y el seguimiento crónico de la enfermedad y la prevención secundaria. **El cuidado individualizado y mantenido en el tiempo es fundamental en el control de esta patología.** Véase Algoritmo de tratamiento en Figura 4, página 37, del documento aquí enlazado:



CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD VENOSA CRÓNICA EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN ESPAÑA

Peiró Morant JF, Ramírez Torres JM, Pérez Vázquez E, Lozano Bouzón VM, Parra Valderrama A, Frías Vargas M, et al. Conocimiento de la enfermedad venosa crónica en los profesionales sanitarios en España. *Semergen*. 2023;49(8):102063.

Introducción

El objetivo de este estudio fue analizar las actuaciones en el manejo de la EVC en la práctica clínica diaria de los profesionales sanitarios en España.

Material y métodos: estudio observacional, descriptivo y transversal con recogida de datos a través de una encuesta de opinión para médicos implicados en la atención de la EVC.

Comentario

La EVC constituye un gran reto para el personal sanitario y el sistema de salud. Para alcanzar los objetivos recomendados por las guías de práctica clínica resulta imprescindible que los profesionales sanitarios del primer nivel asistencial posean los conocimientos adecuados para llevar a cabo el diagnóstico y el manejo más adecuado del paciente que sufre esta patología.

Al analizar los resultados de este trabajo, podemos observar cómo el uso de las medias de compresión es ampliamente recomendado por

nuestros clínicos, ya que nuestra encuesta refleja que 9 de cada 10 médicos la recomiendan, pero, si profundizamos en el tema, casi la mitad de los médicos no conoce con detalle los diferentes tipos de niveles de comprensión que existen, ni cuáles son sus indicaciones y contraindicaciones, ni el grado de comprensión que se debe utilizar en función de la situación clínica y evolución de la EVC.

Los fármacos más utilizados son los FVA.

La mayoría de los médicos considera que el abordaje y el manejo de la EVC debe ser multidisciplinar, siendo competencia tanto de AP como de Farmacia Comunitaria y de Cirugía Vascular.

En este artículo también se analiza el canal de derivación de pacientes al segundo nivel asistencial, poniéndose de manifiesto la falta de un protocolo unificado con criterios de derivación claros y detallados a nivel estatal.

Sobre las limitaciones que pueden dificultar el seguimiento de la EVC, la falta de tiempo en las consultas, la falta de coordinación entre AP y Atención Hospitalaria y, por último, la falta de conocimiento sobre EVC, serían las razones que lo justificarían. En este sentido, para fomentar el interés por la EVC, se hace necesario incrementar el tiempo dedicado a la formación, de modo que la mejora en el abordaje de la EVC debería ser uno de los objetivos estratégicos del Sistema Nacional de Salud.

COMPRESSION FOLLOWING ENDOVENOUS TREATMENT OF INCOMPETENT VARICOSE VEINS BY SCLEROTHERAPY (CONFETTI)

Belramman A, Bootun R, Lane TRA, Davies AH. Compression following endovenous Treatment of Incompetent varicose veins by sclerotherapy (CONFETTI). *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2024;12(2):101729.

Resumen

La escleroterapia con espuma guiada por ecografía (EEGE) es una técnica de ablación intravenosa que puede usarse tanto en las venas troncales como en las tributarias.

CONFETTI fue un ensayo controlado aleatorizado, prospectivo y unicéntrico realizado en Reino Unido. Se incluyeron adultos con varices candidatos a EEGE. Los pacientes se asignaron aleatoriamente a un grupo que usó medias de compresión (MC) o a uno que no las usó (noMC). A todos los pacientes se les dieron vendas elásticas hasta el muslo para que las llevaran durante 24 horas después del procedimiento. Los pacientes del grupo MC recibieron, además, medias de compresión de clase 2 hasta el muslo (18-24 mmHg) para usarlas todos los días durante las 24 horas (excepto en la ducha). La variable principal del estudio fue el nivel de dolor posterior al procedimiento, evaluado diariamente durante el transcurso de 10 días mediante una escala visual analógica.

Comentario

Sobre la variable principal, los pacientes del grupo MC obtuvieron puntuaciones de dolor significativamente más bajas que los pacientes del grupo noMC.

En cuanto a las variables secundarias, se demostraron mejoras significativas en los dos grupos en lo que respecta a la gravedad clínica, a las

2 semanas y a los 6 meses, sin diferencias entre ellos. Asimismo, la calidad de vida en general y la calidad de vida relacionada con la enfermedad mejoraron en ambos grupos.

Otras variables de interés que se analizaron fueron la adherencia a las medias de compresión, que fue del 45 % durante una mediana de 8 días, la equimosis a las 2 semanas posteriores a la intervención y el retorno a las actividades normales y al trabajo: globalmente, la mediana de tiempo para retomar actividades normales fue de 2 días, sin haber diferencias estadísticamente significativas entre grupos para ninguna de las variables. Entre las complicaciones estudiadas, la tasa de oclusión a los 6 meses, evaluada mediante ecografía Doppler, mostró tasas de oclusión que tampoco presentaban diferencias significativas entre ambos grupos.

Podemos afirmar, en conclusión, que el uso de medias de compresión reduce significativamente el dolor a corto plazo tras la EEGE, no observándose beneficios en otras variables secundarias. Este estudio respalda el uso de medias de compresión para aliviar el dolor a corto plazo. En consecuencia, las directrices actuales del NICE (Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido) sobre el uso de medias de compresión durante al menos 7 días tras el tratamiento parece una recomendación razonable. En España, las guías clínicas recomiendan, al menos, entre 1 y 3 semanas de uso de medias de compresión.

COMPRESSION THERAPY IN ACUTE DEEP VEIN THROMBOSIS OF THE LOWER LIMB AND FOR THE PREVENTION OF POST-THROMBOTIC SYNDROME

Thieme D, Linnemann B, Mühlberg K, Noppeney T, Kreutz M, Thieme M. Compression Therapy in Acute Deep Vein Thrombosis of the Lower Limb and for the Prevention of Post-Thrombotic Syndrome. Dtsch Arztebl Int. 2024;121(6):188-94.

Resumen

Para determinar la eficacia de la terapia de compresión en el tratamiento de la TVP del miembro inferior y en la prevención del SPT, se hizo un metaanálisis en el que se analizaron 12 ensayos controlados aleatorizados (ECA), con un total de 3.751 pacientes.

Comentario

En cuanto a la terapia de compresión en la fase aguda de la TVP del miembro inferior, en dos ECA se demostró que añadir terapia compresiva al tratamiento farmacológico durante los primeros 9 días de la fase aguda conseguía reducir el dolor más rápido y con menor hinchazón. Las vendas de compresión flebológica (VCF) redujeron dolor e hinchazón. Las medias de compresión gradual (MCG) solo se estudiaron en uno de los dos trabajos, con resultado positivo, aunque deben usarse después de reducir el edema con las VCF en caso de hinchazón importante.

En lo referente a la prevención del SPT, en cuatro ECA se encontró beneficio a corto plazo o ningún beneficio. Sin embargo, en otros tres estudios se encontró una reducción significativa del riesgo absoluto de SPT de entre el 16 y el 27 % en 2 años con las medidas de compresión. En otros dos estudios solo se encontraron beneficios a corto plazo, mientras que en otro (SOX) no se encontró ningún beneficio, aunque hay que tener en cuenta que en este último la terapia de compresión se inició 2 semanas después del diagnóstico, a pesar de que se sabe que la compresión precoz es fundamental para el éxito del tratamiento.

Además, la adherencia al tratamiento no fue muy buena y también hubo otras deficiencias. Por otro lado, en un metaanálisis publicado en 2023 y en una revisión Cochrane de 2017 se llegó a la conclusión de que la terapia de compresión hasta la rodilla es eficaz para prevenir el SPT. La reducción relativa del riesgo de SPT en la revisión Cochrane, si se hubiese excluido el estudio SOX, habría sido del 50 %. Por lo tanto, las VCF o las MCG aplicadas correctamente bajo supervisión, así como dar información médica específica al paciente sobre el motivo y la duración del tratamiento, siguen siendo las piedras angulares de la prevención del STP. Sobre la longitud y presión de las medias de compresión para prevenir el SPT, el único ECA en el que se comparó el uso de medias largas con el de medias hasta la rodilla fue incapaz de demostrar un beneficio estadísticamente significativo de las medias largas, ya que el número de pacientes no fue suficiente. Por ello, la longitud se debe elegir teniendo en cuenta los síntomas de congestión. Por otra parte, la guía AWMF S2k sobre tromboembolismo venoso (TEV), actualizada en 2023, recomienda medias largas para pacientes con edema en los muslos, sobre todo en el caso de la trombosis venosa pélvica, que aumenta el riesgo de SPT. Las medias más recetadas son las de clase 2 (22-29 mmHg), suficientes para la mayoría de los pacientes. En el caso de los pacientes con SPT grave, se puede llegar a clase 3 o a medias de punto plano. Finalmente, analizada la duración del uso de las medias de compresión para prevenir el SPT, se ha demostrado que, en los pacientes con TVP aguda sintomática, la terapia de compresión con una duración individualizada del tratamiento no es inferior al tratamiento estándar de 24 meses para prevenir el SPT, por lo que es preferible la primera opción.

Podemos decir, como corolario final de este documento, que se ha demostrado que la terapia de compresión no solo reduce el dolor y la hinchazón en la fase aguda de la TVP del miembro inferior, sino que también reduce la frecuencia y la gravedad del SPT a largo plazo, además de tener efectos positivos en la calidad de vida de los pacientes. En la fase aguda se recomienda utilizar VCF tan pronto como sea posible, si hay un gran edema de la pierna, y seguir con MCG una vez que el edema haya remitido. Si no hay edema o es escaso, se pueden usar MCG inmediatamente. Para prevenir el SPT, la duración del tratamiento con MCG debe individualizarse según los síntomas del paciente. Si no hay edema en el muslo, las MCG mejor toleradas, y generalmente suficientes, son las de clase 2 hasta la rodilla.

ENFERMEDAD VENOSA CRÓNICA EN LOS NUEVOS TIEMPOS

Ramírez Torres JM, Caballer Rodilla J, Frías Vargas M, García Vallejo O, Gil Gil I. Enfermedad venosa crónica en los nuevos tiempos. Propuesta Venoscheck. Semergen. 2022;48(5):344-55.

Comentario

La clasificación CEAP es útil para caracterizar la EVC, pero no permite valorar su gravedad y evolución. A este respecto, la clasificación más aceptada es el *Venous Clinical Severity Score* en su versión revisada (r-VCSS). La calidad de vida ha adquirido una importancia fundamental como criterio mayor de salud y, para valorarla adecuadamente, el único cuestionario específico en EVC validado en España es el CIVIQ-20.

El objetivo del tratamiento de la EVC es doble: por un lado, tratar la hipertensión venosa con medidas posturales, cambios de estilo de vida y terapia compresiva y, por otro lado, tratar el daño en la pared venosa (lesión endotelial) con FVA.

En cuanto a la terapia compresiva como pilar fundamental del tratamiento mediante el uso de medias de compresión gradual (MCG), existen varias consideraciones a tener en cuenta: constituyen la piedra angular del tratamiento de la EVC, aplican una presión decreciente desde el tobillo hasta la parte proximal de la extremidad, reducen el reflujo, la hipertensión venosa y mejoran la función valvular, aumentan la eficacia

de la bomba muscular de la pantorrilla, alivian los síntomas, el edema y mejoran los trastornos dérmicos, la cicatrización, el dolor y la recurrencia de la úlcera venosa. De acuerdo con su nivel de compresión en el tobillo, las MCG se clasifican en: compresión ligera, compresión normal, compresión fuerte y compresión extrafuerte.

El Grupo de Trabajo de Vasculopatías de SEMERGEN ha elaborado en esta publicación un documento de consenso, al que acompaña el cuestionario Venochek, que valora todos los aspectos de la EVC, a modo de herramienta práctica a través de una lista de comprobaciones (*checklist*), que ayuda a planificar el abordaje de esta patología, intentando reducir la complejidad en el seguimiento de este proceso crónico. El Venochek es aplicable tanto en el diagnóstico de un paciente con síntomas/signos sugestivos de EVC como en el seguimiento de un paciente ya identificado. Puede ser útil tanto en teleconsulta como en consulta presencial, permitiendo sistematizar la valoración de estos pacientes y su seguimiento a lo largo del tiempo. El cuestionario Venochek se expone en el documento aquí enlazado:



Epidemiología

La **EVC** constituye una de las patologías más frecuentes en las consultas de AP. Se define como **cualquier anomalía morfológica y/o funcional del sistema venoso manifestada mediante signos y/o síntomas**^{1,2}.

La **prevalencia y la gravedad aumentan con la edad**, presentando un pico de incidencia entre los 40-49 años en mujeres y 70-79 años en hombres^{1,2}. La aparición es más usual en individuos de **raza blanca**. Se ha descrito una mayor frecuencia de aparición en países nórdicos y centroeuropeos que en países mediterráneos³.

En relación con el género, observamos que es **predominante en la mujer**, con una mayor incidencia de **varices reticulares y telangiectasias**, mientras que en el **hombre** predominan las **tronculares y estadios más avanzados** de enfermedad⁴.

15

Etiología

La **incompetencia** valvular es el **mecanismo fundamental de la EVC**⁵, con la consiguiente dificultad para el retorno venoso. Su fisiopatología implica susceptibilidad genética (herencia, raza nórdica o centroeuropea), factores ambientales (obesidad, ortostatismo mantenido, calor, embarazo, tabaquismo)⁵ y la alteración del glicocáliz endotelial¹.

Clásicamente, se ha considerado que la causa y los factores más determinantes en la EVC son el **reflujo** y la **hipertensión venosa crónica**, consecuencia del fallo valvular y la inflamación resultante, pero hay una

creciente evidencia que sugiere que en una gran proporción de casos de EVC primaria, son las alteraciones inflamatorias de la pared venosa las que constituyen el elemento inicial del proceso^{1,2}.

Clínica

El cuadro clínico engloba un amplio número de síntomas y signos, que van desde los más inespecíficos a los más graves, con cambios tróficos y grandes dilataciones varicosas, sin existir una clara correlación en la intensidad de síntomas y signos en múltiples ocasiones^{1,2}.

Los **síntomas** más comunes incluyen **pesadez, dolor, prurito, cansancio, calambres musculares e hinchazón de los miembros inferiores**. Estos síntomas suelen empeorar con el ortostatismo o el calor y mejoran en ambientes fríos y en posición de decúbito^{1,2}.

El **signo fundamental, la variz**, consiste en la dilatación tortuosa de la vena como resultado de la remodelación de sus paredes. Tiene diferente denominación dependiendo del tipo de vaso afecto^{1,2}:

- **Telangiectasias o arañas vasculares:** son varices intradérmicas de hasta 1 mm de calibre; suelen ser confluentes.
- **Varices reticulares:** afectan a las venas subdérmicas en la dermis reticular, de coloración azul y con un calibre entre 1-3 mm de diámetro.
- **Varices tronculares:** venas dilatadas subcutáneas de calibre superior a los 3 mm.

Otro **signo típico** es el **edema** como consecuencia del aumento de la presión venosa capilar que lleva a la fuga de fluido intravascular y produce aumento del líquido del espacio intersticial. Las **alteraciones cutáneas** suelen aparecer **en estadios más evolucionados** y comprenden el **eccema venoso** (o descamación de la piel), la **dermatitis ocre** (pigmentación parduzca por la extravasación de hemáties), la **atrofia blanca** (placas estrelladas, lisas, de color blanco marfil, salpicadas de telangiectasias y petequias, y rodeadas de halo hiperpigmentado) y la **hipodermatitis o lipodermatoesclerosis** (inflamación crónica con fibrosis de la piel y tejido subcutáneo, asociada a un aumento del tejido dérmico-subdérmico)^{1,2}.

La **úlceras venosa** es una solución de continuidad de la piel y del tejido celular subcutáneo de evolución tórpida, sin tendencia a la cicatrización espontánea. Se trata de **la lesión trófica más grave** de la EVC y hay que hacer un diagnóstico diferencial con las úlceras isquémicas, vasculíticas, neuropáticas, traumáticas, infecciosas y algunas enfermedades dermatológicas o tumorales^{1,2}.

La clasificación CEAP⁶ es un documento de consenso que se utiliza para clasificar y graduar la EVC.

En AP se utiliza la clasificación clínica C, donde la enfermedad se categoriza en siete niveles. Después de la categoría se añade una A si el sujeto está asintomático o una S si tiene síntomas. En las categorías C2 y C6 se añade un subíndice "r" si existe recurrencia de venas varicosas o úlceras como consecuencia de la progresión de la enfermedad después de un tratamiento previo^{1,2,5}.

Diagnóstico

Dada la falta de especificidad del cuadro clínico, hay que realizar una valoración hemodinámica para confirmar la enfermedad. El **eco-Doppler** es una ayuda para el diagnóstico y seguimiento del paciente. Se considera la prueba de elección **para determinar la permeabilidad y localizar la presencia de reflujo en el sistema venoso**. Su indicación principal es la de evaluar a pacientes con clínica de EVC para determinar el grado de insuficiencia u obstrucción venosa, clínica inconsistente o dudas diagnósticas en casos de evolución tórpida o atípicos y antes de la indicación de tratamiento quirúrgico^{1,2}.

Tratamiento

Su objetivo es mejorar la función venosa y aliviar los signos y síntomas de la enfermedad.

Se basa en el control de factores de riesgo, el cumplimiento de medidas generales, la terapia compresiva, el tratamiento farmacológico, la ablación y la cirugía venosa.

Medidas higiénico-dietéticas y recomendaciones^{1,2,5}

- Aumentar la actividad física diaria, independientemente de la actividad laboral.
- Evitar situaciones de bipedestación o sedestación prolongadas.
- Utilizar calzado cómodo (con tacón de menos de 3 cm) que garantice un buen funcionamiento de la bomba muscular.
- Evitar exposición a fuentes de calor directo y terminar las duchas con agua fría.
- Usar ropa cómoda y evitar prendas ajustadas que produzcan excesiva compresión en miembros inferiores.
- Limitar los aportes calóricos y tener una adecuada ingesta de fibra.
- Evitar hábitos tóxicos (tabaco, alcohol).
- Cuidar la piel y detectar y tratar las heridas de forma temprana.

Terapia compresiva^{7,8}

Es la piedra angular del tratamiento conservador. Se ha demostrado **eficaz** en el control de síntomas y en la reducción del edema y el volumen venoso; mejora la bomba venosa y de la presión transcutánea de oxígeno, aumenta la velocidad venosa, aumenta el flujo arterial, mejora la microcirculación, aumenta el drenaje linfático y mejora los trastornos dérmicos y la función valvular. También puede reducir la induración de la piel en extremidades con lipodermatoesclerosis y/o atrofia blanca. La terapia compresiva ha demostrado reducir tanto la incidencia como la sintomatología de la EVC.

La compresión se puede aplicar con diversos dispositivos, pero son las medias de compresión las que tienen **mayor aceptación**, son **más fáciles de poner** y son **menos incómodas** que los vendajes y sistemas de compresión neumática.

Sus indicaciones son: la EVC, incluso en estadios iniciales, la úlcera venosa (mejorando la cicatrización y el dolor, y disminuyendo su recurrencia), después de escleroterapia y de cirugía de varices, como tratamiento de una TVP (iniciada inmediatamente y procurando mantenerla hasta los 6 meses), del SPT, en la TVS, durante el embarazo (mejoran

síntomas y edemas), en el posoperatorio (disminuyendo el riesgo de TVP), viajes largos (de más de 4 horas) y en personas con largas bipe-destaciones diarias.

Sus contraindicaciones son: la insuficiencia arterial periférica avanzada (índice tobillo-brazo $< 0,5$), insuficiencia cardíaca crónica avanzada o descompensada, neuropatía periférica avanzada, celulitis o infecciones cutáneas y en piel muy frágil sobre prominencias óseas.

Las medias de compresión deben ser prescritas solo si los pacientes están dispuestos a llevarlas regularmente. Deben colocarse desde primera hora y ser renovadas cada 3-6 meses si se usan diariamente. Es importante ajustar correctamente la talla para cada paciente.

Para la prescripción hay que tener en cuenta⁸:

Claves para garantizar que nuestros pacientes lleven la terapia más adecuada de la forma más confortable

- Determinar el **nivel terapéutico** según los signos:

Figura 1. Determinación del nivel terapéutico

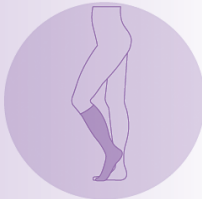
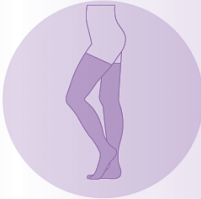

	Signos	Niveles terapéuticos
Clase 0	No signos visibles	●○○ Compresión ligera 15-20 mmHg
Clase 1	Telangiectasis o varices reticulares	
Clase 2	Varices	●●○ Compresión normal 22-32 mmHg
Clase 3	Edema	
Clase 4	Signos térmicos	
Clase 5	Úlcera cicatrizada	●●● Compresión fuerte 30-40 mmHg
Clase 6	Úlcera activa	

Tomada de la referencia 8.

Los valores máximos del perfil de compresión son en el tobillo y mínimos a nivel inguinal.

- **Elegir el tipo de prenda** según la localización de los signos que manifieste el paciente:
 - **A-D:** media corta cuya longitud llega, como máximo, a la altura de la rodilla.
 - **A-F:** media larga cuya longitud llega, como máximo, a la altura del muslo.
 - **A-G:** media larga cuya longitud llega, como máximo, a la altura de la articulación coxofemoral.
 - **E-T:** media entera o panty con cierre en la cintura.

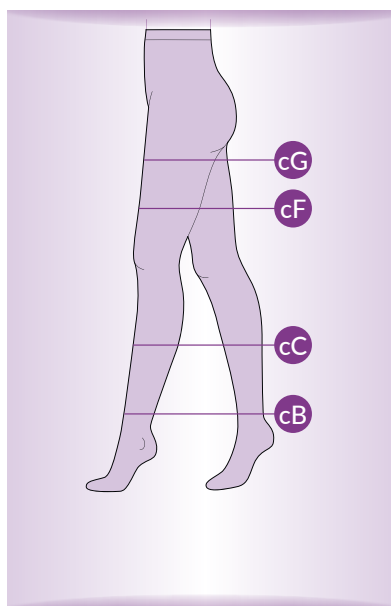
Figura 2. Elección del tipo de prenda

Localización de los signos	Por debajo de la rodilla	Por encima de la rodilla	
Tipo de prenda	 <p>Media corta o calcetín A-D</p>	 <p>Media larga A-F/A-G</p>	 <p>Panty E-T/A-T (Medias largas hasta la cintura)</p>

Tomada de la referencia 8.

- La **elección de la talla**:
 - Tomar las medidas **por la mañana**, con la pierna desnuda y **de pie**, cuando no hay edema.
 - Comenzar **de abajo a arriba**, midiendo los contornos de tobillo (cB) y pantorrilla (cC). En caso de prendas largas, se puede medir el muslo (cF o cG) para ajustar mejor la talla.
 - **Comprobar la concordancia de la talla en el vademécum**; en caso de no concordancia, elegir la talla mayor que marque el tobillo o la pantorrilla.

Figura 3. Elección de la talla



Tomada de la referencia 8.

La regla de oro de la prescripción: menos es mejor que nada

A aquellos pacientes que por diversos motivos no toleren las medias terapéuticas que les corresponde, **antes que dejar de utilizarlas**, se podrá optar por:

- Un **menor nivel terapéutico** de compresión.
- Una **prenda más corta**: el 80 % de la eficacia terapéutica se ejerce por debajo de la rodilla.
- Sobre todo, usarlas en **las horas de mayor actividad**.

Consejos de colocación y mantenimiento

- Lavar las medias con **detergente suave a 30 °C** antes de ponerlas por primera vez y secar al aire.
- **Ponerlas por la mañana**, cuando hay menos edema.
- **Técnica de colocación:** dar la vuelta a la media colocándola al revés, excepto la puntera, introducir el pie hasta el talón y subir la media poco a poco sin tirar de la blonda al hacerlo.
- **No usar cremas, pomadas ni hidratantes** sobre la zona de uso de la media.
- Es importante por parte del médico que se **compruebe que se utilizan correctamente**, para asegurarnos de que el tratamiento de compresión es lo más efectivo posible y prolongar la duración de las medias.

Tratamiento farmacológico

Los **FVA** principalmente actúan **incrementando el tono venoso, disminuyendo la permeabilidad capilar y la viscosidad sanguínea y produciendo un efecto antiinflamatorio**. Es aconsejable valorar su uso **junto con la terapia compresiva** en pacientes con dolor y edema. Están indicados en cualquier estadio de EVC, asociados a terapia compresiva, escleroterapia y cirugía, o solos si existe contraindicación a las otras técnicas. No se recomienda combinar varios FVA entre ellos¹.

En referencia a la **úlceras venosa**, la **fracción flavonoide purificada y micronizada** y la **sulodexida** son los **principales fármacos recomendados**, combinados con terapia compresiva⁹.

No todos los FAV son iguales, por lo que deberemos seleccionarlos de acuerdo con sus propiedades, eficacia, estado evolutivo de la enfermedad, características del paciente y contraindicaciones².

Los diuréticos no son recomendados en el tratamiento del edema relacionado con EVC⁵.

Ablación y cirugía venosa

El objetivo de estas técnicas es **eliminar o modificar el flujo sanguíneo de los vasos afectados para reducir la hipertensión venosa presente en el sistema venoso superficial**^{1,2,5}.

La ablación por radiofrecuencia o láser (térmica) y la escleroterapia química han demostrado ser tan eficaces como la fleboextracción⁵.

Embarazo

El embarazo es un **periodo de alto riesgo para el desarrollo de EVC** debido a factores genéticos, mecánicos y hormonales¹⁰.

Entre el 20 y el 50 % de las embarazadas presentan varices, y el riesgo aumenta si la gestante tiene más de 35 años, es múltipara y tiene antecedentes familiares.

El **tratamiento** será principalmente conservador, siendo las **medias de compresión la primera línea de tratamiento**, recomendándose **desde el primer síntoma o signo o desde el principio del embarazo**, si hay antecedentes de EVC, y hasta 6 semanas después del parto¹.

La longitud de la media dependerá de la tolerancia, comodidad y preferencias de la gestante, dado que la eficacia es similar entre medias largas y medias cortas¹.

La presión recomendada debe personalizarse según el grado de enfermedad: será de compresión ligera si tiene poca sintomatología o está asintomática; con enfermedad venosa sintomática, la compresión será moderada, y si presenta mucha sintomatología y úlceras, la compresión será fuerte¹⁰.

Los FVA no están recomendados y deben utilizarse con precaución, evitándolos en el primer trimestre y la lactancia, individualizando la duración del tratamiento¹⁰.

Durante la gestación hay que evaluar el riesgo trombótico, dado que el embarazo también es un factor de riesgo de TEV. Las medias de compresión pueden ser útiles tanto para tratar como para prevenir el TEV¹¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carrasco Carrasco E, Díaz Sánchez S. Recomendaciones para el manejo de la Enfermedad Venosa Crónica en Atención Primaria. Madrid: Informaciones Digitales y Comunicación; 2020.
2. Ramírez Torres JM, Caballer Rodilla J, Frías Vargas M, García Vallejo O, Gil Gil I. Enfermedad venosa crónica en los nuevos tiempos. Propuesta Venoscheck. *Semergen Rev Esp Med Fam.* 2022;(5):344-55. [Citado 5 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-enfermedad-venosa-cronica-nuevos-tiempos-S1138359322000879>
3. Rabe E, Guex JJ, Puskas A, Scuderi A, Fernández Quezada F. Epidemiology of chronic venous disorders in geographically diverse populations: results from the Vein Consult Program. *Int Angiol.* 2012;31(2):105-15.
4. Brand FN, Dannenberg AL, Abbott RD, Kannel WB. The Epidemiology of Varicose Veins: The Framingham Study. *Am J Prev Med.* 1988;4(2):96-101.
5. Estébanez R. Insuficiencia venosa crónica. Guía Fisterra. 2021. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/insuficiencia-venosa-cronica/#sec5>
6. Lurie F, Passman M, Meisner M, Dalsing M, Masuda E, Welch H, et al. The 2020 update of the CEAP classification system and reporting standards. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2020;8(3):342-52.
7. Molina Carrillo R, Rozas Martín JM. Revisión bibliográfica de las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica para la prescripción de Medias de Compresión Médica. *Rev Enferm Vasc.* 2020;3(6):22-9. [Citado 21 de abril de 2023]. Disponible en: <https://revistaevascular.es/index.php/revistaenfermeriavascular/article/view/81>
8. Guía para la prescripción de medias terapéuticas. Farmalastic. Laboratorio Cinfa. Disponible en: cinfaformacion.com
9. Gianesini S, Obi A, Onida S, Baccellieri D, Bissacco D, Bor-suk D, et al. Global guidelines trends and controversies in lower limb venous and lymphatic disease: Narrative literature revision and experts' opinions following the vWINter international meeting in Phlebology, Lymphology & Aesthetics, 23-25 January 2019. *Phlebology.* 2019;34(1 Suppl):4-66.
10. Rodríguez-Nora B, Álvarez-Silvares E. Actualización del tratamiento de la insuficiencia venosa en la gestación. *Med Fam SEMERGEN.* 2018;44(4):262-9. [Citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-actualizacion-del-tratamiento-insuficiencia-venosa-S1138359317303283>
11. Middleton P, Shepherd E, Gomersall JC. Venous thromboembolism prophylaxis for women at risk during pregnancy and the early postnatal period. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;3(3):CD001689.



ACCEDE AQUÍ
AL PODCAST



Patrocinado por

