

## Profesión

Sergi Bellmunt  
Jefe de Servicio de Cirugía Vascular,  
Endovascular y Angiología.  
Hospital Vall d'Hebron (Barcelona)

“**La enfermedad venosa crónica es una patología altamente prevalente que afecta en mayor medida cuanto más avanza la edad de la persona»**

# Problemas circulatorios venosos

En el último estudio de prevalencia sobre patología venosa realizado en nuestro país, denominado Vein Consult Program y publicado en el año 2014<sup>1</sup>, se constató que la prevalencia de la patología venosa era mayor cuanto mayor era la franja de edad de la población estudiada. Concretamente, en el intervalo de edad de entre 51 y 64 años de la población que se estudió, la enfermedad venosa estaba presente, en cualquiera de sus formas de presentación, en algo más de la mitad de los sujetos. Las personas de 65 años o más presentaban la enfermedad en dos de cada tres casos.

### Terminología

Para centrar el tema al que nos referimos, es importante conocer su nomenclatura y, a pesar de que habitualmente nos referimos a la patología venosa como «insuficiencia venosa crónica», hemos de reservar este término sólo para los grados más avanzados. Según el consenso internacional VEIN-TERM<sup>2</sup>, el término adecuado para referirnos a esta patología en general, sea cual sea su clínica de presentación, ha de ser «enfermedad venosa crónica» (EVC). Por otra parte, hemos de diferenciar entre la patología venosa crónica y la patología venosa aguda, la denominada «trombosis venosa», tanto profunda como superficial, pato-



©tibanna79/123rf.com

logía con unas características totalmente diferentes aunque en algunos puntos lleguen a confluir, ya que la EVC es uno de los factores de riesgo de la patología venosa aguda.

## Clínica

La EVC incluye un amplio espectro de signos y síntomas, siendo la escala más aceptada en la actualidad para evaluar a estos pacientes la CEAP<sup>3</sup>, que es un acrónimo de clínica (C), etiología (E), anatomía (A) y patofisiología (P). A efectos prácticos, únicamente se usa la «C» de esta clasificación, que incluye los siguientes grados: C0, sin signos visibles ni palpables de enfermedad venosa; C1, telangiectasias, venas reticulares o corona flebectática; C2, venas varicosas; C3, edema sin cambios cutáneos; C4, cambios cutáneos debidos a la enfermedad venosa; C5, cambios cutáneos con antecedentes de úlcera ya curada, y C6, cambios cutáneos con úlcera activa.

## “ Las complicaciones más frecuentes de la enfermedad venosa son la varicoflebitis y la varicorragia »

En el grado C1 típicamente observamos «telangiectasias o arañas vasculares», que son aquellas venas intradérmicas dilatadas de menos de 1 mm de diámetro, clásicamente de color rojo vinoso, y las «venas reticulares», que son subdérmicas, azuladas y tortuosas, de entre 1 y 3 mm. En el grado C2 tenemos las «venas varicosas» (las conocidas varices), que son venas subcutáneas dilatadas de 3 mm de diámetro o más, valoradas con el paciente en bipedestación y que pueden afectar a las venas safenas o sus colaterales. El grado C3 es el «edema venoso», que afecta a la pierna de distal a proximal. El grado C4 incluye la «atrofia blanca» y la «lipodermatoesclerosis», que son lesiones cutáneas clásicas en la zona del tobillo. Finalmente, la «úlcer venosa» es la lesión más grave de la patología venosa, con una solución de continuidad de los tejidos, más frecuentemente en región supramaleolar interna, de bordes bien definidos y con un lecho limpio, y no suele ser dolorosa a no ser que esté complicada, por ejemplo, con una infección.

Cualquiera de estos grados clínicos puede acompañarse de sintomatología propia de insuficiencia venosa, muy variada y diversa, que puede incluir pesadez, cansancio, dolor, hormigueo, picor, quemazón, hinchazón, etc. Además, la intensidad de la sintomatología no tiene por qué ser proporcional al grado clínico, ya que pacientes con grados clínicos elevados pueden no tener sintomatología, y viceversa.

Las complicaciones más frecuentes de la enfermedad venosa son la varicoflebitis, que es una oclusión súbita de una variz del sistema superficial que provoca una inflamación de ésta a nivel cutáneo, y la varicorragia, un sangrado directo de la variz a través de la piel. La presencia de varicorragia puede no correlacionarse con el tamaño e importancia clínica de la enfermedad venosa, ya que habitualmente se presenta por un efecto de erosión en la piel de pequeñas venas muy superficiales.

El farmacéutico comunitario ha de ser capaz de reconocer los distintos grados de EVC para poder identificar en qué estadio se encuentra cada persona, diferenciando los grados más leves de los más graves, así como las posibles complicaciones.

## Factores de riesgo

Una de las clasificaciones más útiles es la que diferencia los factores «modificables», externos a la persona, y los «no modificables», propios del sujeto. Los «no modificables» son inherentes a la persona y no podemos influir sobre ellos, como la edad, el sexo, la herencia genética o la historia familiar. Los «modificables» son temporales, ya que no son propios de la persona, y sí podemos incidir sobre ellos para controlarlos. Entre éstos destacan la obesidad, el embarazo, el sedentarismo y los hábitos laborales (largas jornadas en bipedestación, con esfuerzos, fuentes de calor, etc.). En la franja de edad que nos ocupa, estos últimos, excepto el embarazo, los podemos hallar con elevada frecuencia.

El estudio C-VIVES<sup>4</sup>, también realizado en España en el ámbito de la Medicina Primaria, confirmó que las edades avanzadas se asociaron a estadios más avanzados de la clínica y a mayor severidad. Como dato concreto, la presencia de afectación cutánea (C4) aparece de forma significativa a partir de los 5 años de evolución de la enfermedad. En el análisis multivariado, la severidad clínica se relacionó de forma significativa con la edad de los pacientes, los antecedentes de trombosis venosa profunda o superficial y el peso del paciente. Por otro lado, la severidad en la escala C de la CEAP se relacionaba de forma significativa con la edad, la trombosis venosa profunda o superficial, el peso del paciente y sus antecedentes familiares. En este punto, el farmacéutico comunitario ha de identificar aquellos factores de riesgo modificables que presenta el paciente, para así aconsejar y reforzar los consejos que lo ayudarán a controlar la clínica y la evolución de la enfermedad. Respecto a la afectación de la calidad de vida, existe un cuestionario específico de calidad de vida para insuficiencia venosa en España que se denomina CIVIQ, y que se validó en nuestro país mediante el estudio RELIEF<sup>5</sup>. La calidad de vida media global en los pacientes con patología venosa en España fue de 66,4 (en un cuestionario sobre 100 puntos, que sería la calidad de vida perfecta).

## Tratamiento

El tratamiento de estos pacientes tiene cuatro pilares principales: consejos sobre hábitos de vida, tratamiento farmacológico, compresión elástica y cirugía.

Los consejos sobre los hábitos de vida son un elemento esencial en cualquiera de las fases de la enfermedad, pues tiene el objetivo de mejorar la sintomatología y evitar la progresión y las complicaciones. La patología venosa crónica se relaciona con los hábitos laborales, la obesidad, el sedentarismo y cualquier otra situación que limite la movilidad de la persona o ejerza presión sobre el sistema venoso y limite su retorno. Por lo tanto, se aconsejará una vida activa para evitar el sedentarismo y la obesidad. Si es necesario el reposo, se intentará que sea con las extremidades elevadas. También es necesario aconsejar un cuidado de la piel adecuado, con higiene e hidratación para minimizar las complicaciones cutáneas.

A pesar de la voluntad de muchos pacientes de aplicar estos consejos, la actividad de muchas personas estará limitada por sus obligaciones personales o laborales y, por lo tanto, es aconsejable añadir algún elemento que permita a la persona seguir haciendo una vida normal pero sin sufrir las consecuencias de ésta. Para ello disponemos de la contención elástica, que ejerce una presión transmural decreciente, con mayor presión en el tobillo, que evita la estasis sanguínea y favorece el retorno venoso. La altura y grado de compresión de la media elástica dependerá de cada persona, pero la tendencia es adaptar estas características a la persona para favorecer su utilización.

“**El tratamiento de los pacientes con problemas circulatorios venosos tiene cuatro pilares principales: consejos sobre hábitos de vida, tratamiento farmacológico, compresión elástica y cirugía»**

Los fármacos venotónicos no nos permitirán retrasar la progresión de la enfermedad ni evitarán las complicaciones, pero pueden mejorar la sintomatología y el edema. Una revisión Cochrane publicada en el año 2005 constató la escasa evidencia para recomendar el uso de flebotónicos para todos los pacientes con EVC; sin embargo, demostró que los fármacos centrados en la fracción flavonoide micronizada purificada (FFMP) son los más efectivos en la reducción del edema y de la sintomatología de piernas inquietas, así como en la curación de úlceras<sup>6</sup>.

Otros fármacos han presentado resultados positivos en otros estudios aislados como el dobesilato cálcico, los rutó-



©Witawan Khasawong/123rf.com

“**Los fármacos venotónicos no nos permitirán retrasar la progresión de la enfermedad ni evitarán las complicaciones, pero pueden mejorar la sintomatología y el edema»**

sidos, el extracto de cola de caballo o el extracto de hoja de vid roja, entre otros. En lo que se refiere al tratamiento médico en casos de úlcera, hoy en día se recomienda el uso de compresión elástica asociada al uso de pentoxifilina, FFMP o sulodexida<sup>7</sup>. Respecto al tratamiento, y más allá de los consejos sobre hábitos de vida ya explicados, el farmacéutico comunitario tiene un papel crucial en la mejora de la adherencia al tratamiento por parte del paciente, tanto de la compresión elástica como de los flebotónicos. Además, la identificación de efectos adversos o de intolerancias a la contención elástica puede llegar a requerir un cambio de molécula o de tipo de contención elástica para poder adaptar el tratamiento al paciente y mejorar sus resultados minimizando los efectos adversos.

Finalmente, existen algunos casos en los que puede aplicarse un tratamiento invasivo para tratar las venas que provocan dicha hipertensión venosa. El tipo de técnica que debe aplicarse ha de ser individualizado, y es fruto de una evaluación especializada en la que deberán tenerse en cuenta el perfil del paciente y de la patología (como la edad, ocupación, antecedentes patológicos, factores sociales, laborales, tipo de insuficiencia venosa, venas afectadas, resultados ecográficos, etc.). A modo de resumen, podemos afirmar que existen unas técnicas que pretenden extraer o eliminar las venas afectadas, y otras más conservadoras que pretenden mantener el máximo de venas pero eliminando la hipertensión venosa, para limitar la agresividad del

procedimiento. Las técnicas exeréticas son, entre otras, la escleroterapia con líquido o espuma (que usa básicamente polidocanol), el *stripping* o flebectomía, la ablación con láser o radiofrecuencia, la que utiliza vapor de agua, cianoacrilato, o combinaciones de éstas. Las técnicas conservadoras son básicamente la CHIVA (cura hemodinámica de la insuficiencia venosa ambulatoria), muy usada en nuestro entorno, y la técnica ASVAL, menos desarrollada.

## Conclusión

La EVC es una patología altamente prevalente que afecta en mayor medida cuanto más avanza la edad de la persona, y tiene una sintomatología fuertemente relacionada con la variación térmica estacional y con las condiciones de vida y laborales. En la franja de edad que nos ocupa, como hemos visto, es una patología altamente prevalente y que se puede relacionar con diversos factores de riesgo, como la obesidad y el sedentarismo. Habitualmente tiene una presentación y evolución moderadas, aunque puede llegar a progresar hasta la presencia de una úlcera. El farmacéutico comunitario ha de poder identificar la sintomatología y la clínica en estadios precoces para poder así aconsejar unos cambios de hábitos que permitan estabilizar la sintomatología y el curso evolutivo. Además, tiene un papel importante en la adherencia del tratamiento, tanto con flebotónicos como con contención elástica. No debemos olvidar que se trata de una enfermedad crónica y que nuestro objetivo, de forma multidisciplinar, ha de ser su estabilización para así mantener y mejorar la calidad de vida de los pacientes. ●

## Bibliografía

1. Escudero Rodríguez JR, Fernández Quesada Fidel, Bellmunt Montoya S. Prevalence and clinical characteristics of chronic venous disease in patients seen in primary care in Spain: Results of the international study Vein Consult Program. *Cir Esp*. 2014; 92(8): 539-546.
2. Eklof B, Perrin M, Delis KT, Rutherford RB, Gloviczki P (American Venous Forum, et al.). Updated terminology of chronic venous disorders: the VEIN-TERM transatlantic interdisciplinary consensus document. *J vasc surg*. 2009; 49(2): 498-501.
3. Porter JM, Moneta GL. Reporting standards in venous disease: an update. International Consensus Committee on Chronic Venous Disease. *J vasc surg*. 1995; 21(4): 635-645.
4. Lozano Sánchez FS, Díaz Sánchez S, Escudero Rodríguez JR, Marinello Roura J, Sánchez Nevárez I. Determining factors of the severity of chronic venous insufficiency. C-VIVES study. *Angiología*. 2013; 65(1): 1-9.
5. Lozano Sánchez FS, Jiménez-Cossío JA, Ulloa J. La insuficiencia venosa crónica en España. Estudio epidemiológico RELIEF. *Angiología*. 2001; 53(1): 5-16.
6. Martínez MJ, Bonfill X, Moreno RM, Vargas E, Capella D. Phlebotonics for venous insufficiency. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005: CD003229.
7. Gohel MS, Davies AH. Pharmacological agents in the treatment of venous disease: an update of the available evidence. *Curr Vasc Pharmacol*. 2009; 7: 303e-308e.