

VALORACIÓN DEL PACIENTE

1. ANAMNESIS

La anamnesis deberá recoger la sintomatología subjetiva del paciente, sus quejas actuales, la evolución y ritmo de sus trastornos y el resultado de los tratamientos que haya realizado.

Además de la sintomatología, la anamnesis debe recoger los factores de riesgo para las varices (edad, antecedentes familiares de varices, sexo, talla, obesidad, embarazos múltiples, píldora anticonceptiva, alteraciones estáticas de los pies, hábitos de vida. Además de estos factores, existe disparidad de criterios acerca de otros factores como el tabaquismo, la clase social, la alimentación, el estreñimiento, la hernia inguinal, la hipertensión arterial, que, no obstante, deberán también ser reflejados.

También debe incluir los factores de riesgo de trombosis venosa profunda: traumatismos (accidentes, intervenciones quirúrgicas), viajes prolongados, embarazo, hormonas anticonceptivas o sustitutivas en la menopausia, estatus varicoso previo, esfuerzos (más en miembros superiores), tumores malignos (s. paraneoplásico), alteraciones hematológicas (policitemia, déficit de antitrombina III o de proteína C o S... o plasminógeno), edad (6º decenio), sexo (más en mujeres).

Será necesaria una anamnesis complementaria acerca de patología arterial (claudicación intermitente), neurológica (claudicación por estenosis del canal lumbar, disestesias, ciatalgia), articular (trastornos estáticos plantares, quiste de Baker, artrosis) y extraarticular (miositis, tendinitis).

Se deberá interrogar al paciente acerca de otras enfermedades cardiovasculares, hepáticas, renales, neoplásicas, abdominales, y otras que puedan influir o ser los principales factores de los síntomas del paciente.

2. EXPLORACIÓN

2.1. Se iniciará con una exploración general que incluirá la toma de constantes. La exploración de las extremidades inferiores se llevará a cabo en dos fases: la primera con el paciente en ortostatismo (preferiblemente sobre un taburete o plataforma para mayor comodidad) y la segunda en decúbito en la camilla de exploración. Además, se realizarán algunas sencillas pruebas específicas (oleada de Schwartz, prueba de la tos, prueba de Trendelenburg, pruebas de Perthes o de Linton). Se debe observar la indumentaria (prendas ajustadas, calzado, colocación de medias elásticas si las lleva).

En ortostatismo, la red venosa superficial está turgente y las varices se ven fácilmente. El paciente girará 360° sobre sí mismo y se apoyará en una y otra extremidad, y así se evaluará:

- Tipo, gravedad y extensión de las varices. Tronculares (principales o accesorias), reticulares, telangiectasias, perforantes incontinentes, profundidad, extensión.
- Edema maleolar (empastamiento del tendón de Aquiles). Conviene anotar la hora de la exploración.
- Alteraciones tróficas de la piel, que pueden acompañar los trayectos varicosos o la salida de las perforantes incontinentes.
- Presencia de varices suprapúbicas (muy sugestiva de trombosis iliaca).

En decúbito la exploración permite detectar signos de insuficiencia venosa crónica (corona phlebectática, dermatitis ocre, edema maleolar, dermatofibroesclerosis, atrofia blanca, úlceras o cicatrices de úlceras), alteraciones linfáticas (edema del antepie, papilomatosis cutánea, alteraciones de la estática (*hallux valgus*, pie plano, callosidades...)). Vascularización arterial (temperatura cutánea, pulsos periféricos, alteraciones tróficas).

Explorar la simetría de las extremidades, midiendo y anotando sistemáticamente el perímetro de tobillos, pantorrillas y muslos. Una asimetría puede poner de manifiesto una trombosis reciente o un síndrome posttrombótico, así como una alteración en el trofismo muscular. Se deben explorar también los tejidos blandos, con la pierna elevada y luego flexionada, se detectan dermatofibroesclerosis, posibles celulitis, cordones superficiales indurados (tromboflebitis superficial antigua o reciente). Deben explorarse también las articulaciones (artritis, artrosis, anquilosis, que en el tobillo o la rodilla pueden ser responsables de estasis).

2.2. Pruebas venosas

- Prueba de Schwartz (signo de la oleada): con el paciente de pie, el explorador palpa la variz con la punta de los dedos de una mano, mientras los de la otra percuten sobre el trayecto venoso o varicoso proximal. La percepción de una onda de choque permite confirmar la presencia de reflujo venoso.
- Prueba de la tos (Vasalva): produce un aumento de la presión en la cava, que en caso de insuficiencia de la válvula ostial, permite detectar un reflujo en el cayado de la safena por palpación.
- Prueba de Trendelenburg: sirve para detectar asimismo la insuficiencia del cayado. Con el paciente tendido se le coloca un torniquete en la raíz del muslo (a veces es más fácil comprimir con el dedo el cayado de la safena si está visible) y el paciente se pone de pie, la variz sólo se llena si las perforantes son insuficientes. Por el contrario, la safena interna sólo se dilata bruscamente al soltar el dedo o el torniquete si el cayado es incontinente. Se puede aplicar también a la safena externa.

- Prueba de Perthes: con el paciente de pie se coloca una ligadura por debajo de la rodilla, después de ejercicio constante (deambulación, flexiones) si la red profunda es permeable y no hay incontinencia de las perforantes las varices se vacían.
- Prueba de Linton. Tras colocar el torniquete bajo la rodilla el paciente se tiende rápidamente y eleva la pierna, las varices se vacían rápidamente si la red profunda es permeable.

Para detallar la exploración, puede ser conveniente hacer un esquema de los hallazgos (mapa de las varices y de alteraciones cutáneas).

2.3. Dificultades en la valoración de los hallazgos:

Algunas entidades pueden prestarse a confusión con los hallazgos típicos de la insuficiencia venosa:

- Varices: las hernias piezogénicas (hernias musculares por orificios fasciales de la pierna) pueden a veces confundirse con perforantes, pero suelen ser simétricas, sin fluctuación y aumentan durante la contracción muscular. Una red venosa superficial muy visible (pieles finas y claras) o muy desarrollada (deportistas, fistulas arterio-venosas) puede confundirse con una red dilatada.
- Edema: aparte del edema de la insuficiencia venosa crónica o de la trombosis venosa profunda, que aquí nos ocupa, el edema puede producirse por múltiples causas:
 - Edema estático. Aparece en individuos sanos (sobre todo mujeres) en situaciones de bipedestación o sedestación prolongadas en tiempo caluroso, con prendas ajustadas...
 - Edema cíclico ligado a los periodos premenstruales en algunas mujeres. Suele acompañarse de otros síntomas (síndrome premenstrual).
 - Edema por compresión pélvico-abdominal. Asimétrico si es en el nivel de la iliaca, simétrico si es en el nivel de la cava. La compresión puede ser por embarazo, adenopatías (benignas o malignas), tumores, fibrosis retroperitoneal.
 - Edema linfático. Linfedema primario (por agenesia o malformaciones de la red linfática). Suele ser duro, pálido y no doloroso. Según el tipo se manifiesta en la niñez, adolescencia o juventud. Algunos evolucionan hacia formas paquidérmicas. Las formas adquiridas se dan por tumoraciones, filarías, adenopatías.
 - Lipoedema. La "columna" adiposa se interrumpe bruscamente al nivel de los maleolos, es doloroso y asimétrico, respeta el pie.
 - El edema cardiogénico, blando e indoloro, cuya disminución nocturna se acompaña de diuresis aumentada, suele acompañarse de crepitantes basales a la auscultación, hepatomegalia...
 - Mixedema. Es un pseudoedema por depósito de mucopolisacáridos, es duro y fijo.

- Otros edemas: hipoproteinéuticos, nefróticos, por medicamentos... deben descartarse con una anamnesis dirigida.
- Eritema: es un signo frecuente en la insuficiencia venosa, pero puede deberse a otras causas:
 - Infecciones (celulitis, erisipela, fascitis) se acompañan de fiebre.
 - Eritromelalgia, idiopática o por trombocitemia, el eritema (y el dolor) aparecen cuando se supera una temperatura crítica.
 - Eritema nodoso y eritema indurado de Bazin. Suelen estar precedidos de síntomas generales, pueden ser idiopáticos o asociados a infecciones o colagenosis.
 - Eritema reticulado por exposición al calor, por uso de braseros...
- Dolor:
 - Claudicación intermitente. Puede ser: venosa (sobre todo en las trombosis ilíacas, los pulsos arteriales están conservados y el dolor desaparece mucho más rápido con las piernas elevadas que de pie). Arterial (aparece típicamente al andar, con un perímetro determinado de marcha, más si es subiendo cuestas, desaparece en pocos minutos tras pararse). Neurógena, por estenosis del canal lumbar, puede aparecer simplemente por estar de pie, y no desaparece tan fácilmente al detenerse.
 - Dolores neurológicos (mono o polineuritis, cialgias, causalgias).
 - Dolores osteomusculares (artrosis, artritis, mialgias).

2.4. Pruebas complementarias:

Aun cuando el diagnóstico y la caracterización de la insuficiencia venosa en la Atención Primaria son fundamentalmente clínicos y no precisan de muchas pruebas complementarias, en los casos más severos es razonable contar con una analítica básica, que incluya: hemograma, perfil lipídico, glucemia, función renal y coagulación. Si hay más de un factor de riesgo cardiovascular se practicará también ECG y radiografía de tórax. También se precisarán estudios radiológicos cuando haya afectaciones osteoarticulares de los miembros inferiores o la columna.

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo que favorecen o predisponen la aparición o el agravamiento de la IVC son los siguientes:

- Edad: a partir de la tercera década de la vida, se observa un aumento proporcional a la edad.
- Sexo: casi la totalidad de los estudios muestra predominio del sexo femenino, que llega a ser de 5 a 1. Esto se explica por la mayor longevidad, gestaciones y factores hormonales.
- Procedencia: en los países industrializados, la prevalencia es mayor.
- Actividad: el factor postural y la movilidad influyen de manera importante en la presencia de varices, siendo mayor en las mujeres que trabajan en bipedestación frente a las que trabajan sentadas.
- Obesidad.
- Embarazo.
- Genética.

CLASIFICACIÓN DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA

1) En función de los grupos terapéuticos:

Existen múltiples clasificaciones de la insuficiencia venosa crónica, algunas más o menos arbitrarias y que se pueden superponer a las de las varices; Así por: mecanismo de producción (primarias y secundarias), etiopatogenia y topografía (Martorell), morfología y CEAP (Clínica, Etiología, Anatomía, Fisiopatología), muy completa pero de gran complejidad, ya que analiza hasta 60 variables y sus posibles combinaciones. Desde el punto de vista práctico está muy generalizado y el uso de la clasificación por grados clínicos (Cubría, 1983).

Grado I: aumento del relieve y dibujo venoso; a. Discreto b. Intenso.

Grado II: síntomas ortostáticos; a. Esporádicos b. Permanentes.

Grado III: signos de sufrimiento cutáneo: a. Sin atrofia b. Con atrofia.

Grado IV: úlcera flebotásica: a. Superficial b. Profunda.

Es de notar que no siempre existe correlación entre los signos objetivos y los síntomas referidos por los pacientes: muchos de ellos con importante sintomatología tienen escasa evidencia de IVC, mientras que otros, con varices a veces muy desarrolladas, se muestran asintomáticos, lo que constituye una incógnita y plantea serias reflexiones a la hora de elegir el método terapéutico de esta patología.

2) Clasificación CEAP:

Clasificación recomendada por la Sociedad de Angiología y Cirugía Cardiovascular (CEAP):

La letra "C" evalúa los hallazgos clínicos:

- No hay signos visibles o palpables de lesión venosa (0)
- Presencia de telangiectasias o venas reticulares (1)
- Varices (2)
- Edemas (3)
- Cambios relacionados con la patología venosa (p.e.: pigmentación, lipodermatosclerosis,...) sin ulceración (4)
- Cambios cutáneos con úlceras cicatrizadas (5)
- Cambios cutáneos con úlcera activa (6)

Después del número, se escribe la letra **"A"** si el paciente está asintomático y **"S"** si presenta síntomas.

La letra **"E"** se refiere a la etiología

- Enfermedad congénita
- Enfermedad primaria o sin causa conocida
- Enfermedad secundaria o con causa conocida (p.e.: postraumatismo, síndrome post-trombótico,...)

La letra **"A"** describe los hallazgos anatómicos encontrados con el eco-doppler:

- Venas superficiales (As)*
- Venas profundas (Ap)*
- Venas perforantes*
- Se añade un número en función de la vena afectada.

La letra **"P"** hace referencia a la fisiopatología:

- Reflujo
- Obstrucción
- Ambos

Además, ha de usarse una escala que mida la incapacidad causada por la IVC:

- 0: paciente asintomáticos.
- 1: paciente con síntomas, no precisa medidas de compresión.
- 2: paciente que puede trabajar ocho horas con medidas de compresión.
- 3: paciente incapaz de trabajar incluso con medidas de compresión.

TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO EN FUNCIÓN DE LA CLASIFICACIÓN

INDICACIONES DE TRATAMIENTO:

Aunque existen clasificaciones actuales más complejas como la CEAP, el grupo cree más funcional y operativo mantener la clasificación clásica de cuatro grupos terapéuticos para disminuir la variabilidad en los tratamientos.

En principio, todo paciente con varices esenciales, e integrado en los grupos IIb, III y IV, son tributarios de cirugía. En los pacientes incluidos en el grupo II, se valorará especialmente: calidad de vida, tolerancia clínica, patología asociada, extensión y localización del cuadro, actividad sociolaboral y/o limitación funcional.

En los pacientes con varices postflebiticas, se podrá establecer la indicación quirúrgica en los grupos III y IV. Siendo condición previa, la comprobación instrumental de "perforante insuficiente y la permeabilidad del sistema venoso profundo".

1) Pacientes con IVC grado I o grado IIa con pocos síntomas: en estos pacientes lo fundamental es impedir o retrasar el agravamiento de su enfermedad, y tratar los síntomas en los periodos en que aparezcan:

- Consejos sobre ejercicios, alimentación y estilo de vida.
- Medias de compresión cuando deban permanecer de pie o sentados.
- Periodos de tratamiento con fármacos venosos cuando se exacerben los síntomas, (edema, dolor, calambres nocturnos).

Si no hay antecedentes ni sospecha de afectación del sistema profundo, estos pacientes no precisan evaluación en el nivel especializado.

2) Pacientes con síntomas permanentes o signos de sufrimiento cutáneo (Grados IIb y III): Dichos pacientes, además de ser tratados de la misma forma que el grupo anterior, deben ser evaluados de forma sistemática en el nivel especializado:

- Si no presentan contraindicaciones y la cirugía y/o esclerosis previsiblemente mejorará su evolución, éste será el procedimiento de elección.
- Si existen contraindicaciones a la cirugía, o no se espera una relación riesgo/beneficio favorable, estos pacientes deberán ser tratados de forma conservadora:
 - Consejos sobre hábitos de vida.
 - Medias de compresión de forma permanente.

- Fármacos venotónicos en los periodos de exacerbación de síntomas o en los meses estivales.

3) Pacientes con IVC grado IV (úlceras venosas): Estos pacientes serán derivados para evaluación en el nivel especializado de forma preferente.

- Si existen perforantes o segmentos venosos circundantes que gravan la evolución, éstos serán tratados sin demora mediante la técnica más apropiada.
- Si la cirugía no está indicada, o es mejor posponerla, el paciente recibirá tratamiento general y local:
 - El tratamiento general será el mismo que para el grado III, añadiendo, si es preciso, antibióticos, vasodilatadores o hemorreológicos, así como analgésicos u otros fármacos.
 - El tratamiento local, que se realizará en la Consulta de Enfermería, tendrá como elementos fundamentales la consecución de un buen tejido de granulación, la prevención de la infección y la terapia compresiva. En otras fases puede ser precisa la realización de otras técnicas por servicios especializados (injertos, oxigenoterapia hiperbárica o revascularización en úlceras mixtas...).

4) Pacientes con sistema venoso profundo obstruido: Los pacientes con síndrome postrombótico deben ser evaluados sistemáticamente en el nivel especializado, aun cuando las opciones quirúrgicas son muy limitadas. Una vez valorados, y en su caso intervenidos, estos pacientes deben ser tratados en Atención Primaria preferentemente con medidas preventivas, medias de compresión y fármacos con acción sobre el lecho venoso y, sobre todo, linfático.

5) Pacientes con complicaciones agudas de las varices: las complicaciones agudas de las varices deben ser tratadas de forma inmediata. Prestaremos especial atención a las dos complicaciones más frecuentes:

- Varicoflebitis:
 - Vendaje compresivo del segmento trombosado.
 - Heparina de bajo peso molecular en dosis profiláctica de alto nivel (60 mg de enoxaparina o equivalente).
 - Asegurar el mantenimiento de la deambulación o el movimiento de la extremidad.
 - Analgésicos (preferiblemente antiinflamatorios si no hay contraindicación).
 - Derivación preferente al nivel especializado.
- Varicorragia:
 - Hemostasia por el procedimiento elegido eficaz (sutura, ligadura venosa, esclerosis, compresión...)
 - Asegurar la deambulación o movimiento de la extremidad.
 - Vendaje compresivo del segmento varicoso.

- Tratamiento antibiótico o analgésico si es preciso.
- Derivación preferente al nivel especializado.

TRATAMIENTO MÉDICO

1) Régimen de vida, medidas higiénico-dietéticas y posturales:

El mayor énfasis de las intervenciones sanitarias, en personas con trastornos venosos crónicos, recae en la educación sanitaria al paciente.

Algunos temas importantes sobre los que se debe insistir son las medidas para aumentar la perfusión sanguínea del tejido evitando el estasis venoso (y, por ende, evitando el dolor) y las medidas para prevenir recidivas.

Entre las medidas preventivas y/o educativas, tanto en los pacientes con trastornos como en los de riesgo, incluiremos las siguientes:

1. En primer lugar, nos aseguraremos de que el Médico de Familia tenga constancia de la situación para valorar medidas (tratamiento, pruebas, contraindicaciones...).
2. Es importante una reducción de peso, pues la obesidad acarrea consecuencias negativas en pacientes con insuficiencia venosa crónica presentando una mayor incidencia de complicaciones (flebitis, trombosis venosa profunda (TVP), alteraciones tróficas...). Un aumento de la actividad física y una limitación de los aportes calóricos, reducirá el peso.
3. Debe intentarse el seguimiento de una dieta equilibrada, aumentando la proporción de alimentos ricos en fibra con el fin de evitar el estreñimiento crónico, pues produce un aumento de la presión abdominal secundaria al esfuerzo evacuatorio que tiende a frenar el retorno venoso a la altura de las grandes venas del abdomen.
4. El calzado debe adaptarse a la bóveda plantar y respetar la dinámica normal del pie, asegurando un buen funcionamiento de la bomba muscular. La deambulación tiene un importante carácter terapéutico en el paciente con IVC por lo que toda alteración de la estática y dinámica de la extremidad inferior debe ser sometida a tratamiento o corrección.
5. Se debe procurar que la vestimenta no produzca, por compresión, fenómenos de obstrucción del flujo venoso (ligaduras apretadas como calcetines y ligas).
6. Los excesos de calor en las piernas (saunas, exposición al sol, depilación con cera caliente, o utilización de agua demasiado caliente) provocan una vasodilatación cutánea que puede incrementar los síntomas de hinchazón especialmente en personas con otros factores favorecedores de la enfermedad venosa. Las duchas de agua fría tienen un importante efecto favorecedor y tónico.
7. El ortostatismo y la posición de sentado crean un importante compromiso en el drenaje de las extremidades inferiores en el paciente con patología venosa. Es importante evitar estas situaciones durante largo tiempo en la medida posible. Tanto de pie como sentado, el paciente debe estar en actividad muscular cíclica, moviendo los dedos de los pies, haciendo funciones de pedaleo, flexiones del pie, poniéndose de puntillas, etc. Resulta perjudicial cruzar las piernas cuando se está sentado.

8. Precaución con las personas encamadas por riesgo de padecer TVP.
9. Es recomendable el uso de medias elásticas.
10. Muy aconsejables son aquellas actividades deportivas cuya dinámica muscular tenga un desarrollo armónico, tales como la natación, bicicleta fija, pasear, etc., mientras que se eliminarán las excesivamente violentas.
11. El reposo con los pies elevados, durante 10-20 minutos varias veces al día representa un beneficio terapéutico indudable. Se complementa con la realización del descanso nocturno en la misma posición, estableciendo una diferencia de altura entre los pies y la cabeza de unos 15 cm (siempre que no esté contraindicado por otras patologías).
12. Las pacientes con ingesta prolongada de anticonceptivos y algunos tratamientos con hormonas femeninas deben tener precauciones, pues se pueden agravar los síntomas de pesadez e hinchazón de las piernas, sobre todo si existen factores pre-disponentes, además de favorecer el desarrollo de trombosis venosas.
13. Se deben tomar precauciones especiales durante el embarazo (debido a la compresión de las venas pelvianas por el útero gestante, que favorece el estasis venoso a nivel de las extremidades inferiores y, por lo tanto, la posibilidad de aparición de varices) y el puerperio.
14. Es aconsejable mantener la piel hidratada para impedir la formación de grietas. Se debe acudir al médico en los casos que aparezcan prurito y eczemas, pues el rascado puede complicar la integridad de la piel.
15. De vital importancia es el correcto seguimiento del tratamiento en el caso de ser prescrito por el facultativo (flebotónicos, tratamiento para el prurito, eczemas, etc.).
16. Hay que tener extrema precaución con los golpes en los miembros inferiores.

Por otro lado, el personal de enfermería debe tener constancia de aquellos cuidados que recibe el paciente en los casos de incapacidad para el autocuidado, para valorar si son correctos por parte de asociaciones de vecinos, asuntos sociales, voluntariado, familiares, amigos.... Si fuera necesario se acudirá al domicilio del paciente para desarrollar la labor educativa.

2) Tratamiento antiestático

2.1) Terapia compresiva:

La terapia compresiva -piedra angular del tratamiento de las patologías venosas- es, probablemente, el tratamiento más antiguo, efectivo y frecuentemente utilizado para el control de la hipertensión y de la insuficiencia venosa.

La terapia compresiva produce un satisfactorio apoyo hemodinámico y comodidad al paciente que le permite continuar su actividad habitual.

Estará indicada en la insuficiencia venosa crónica sintomática, en los tratamientos esclerosantes, en los tratamientos postquirúrgicos de las varices, profilaxis y tratamiento de varices en el embarazo.

La compresión tiene como objetivos reducir el edema (evitando el estasis y la hiperpresión venosa del miembro) y mejorar el retorno venoso.

Antes de iniciar la terapia compresiva, debemos asegurarnos de la no existencia de insuficiencia arterial por la posibilidad de producir daños en los tejidos y, en el peor de los casos, amputación. La presencia de pulsos palpables en los pies por sí solo es insuficiente para descartar una enfermedad arterial (Grado de recomendación B).

Todas las úlceras venosas que no tengan pulsos palpables deberían ser monitorizadas para descartar insuficiencia arterial usando el doppler ultrasonido para determinar el índice tobillo-brazo (I.T./ B). Una simple medida de I.T./ B < 0.8 explica la presencia de enfermedad arterial oclusiva periférica (PAOD) con alta probabilidad (Grado de recomendación A). Las referencias del índice Tobillo-Brazo son:

- I.T./ B < 1 = Insuficiencia arterial.
 - I.T./ B < 0.6 = enfermedad arterial severa.
 - I.T./ B entre 0.6 – 0.8 = alteración venosa y moderada enfermedad arterial.
 - I.T./ B > 0.8 = enfermedad venosa.
- Material usado en terapia compresiva: Para la realización de la terapia compresiva se pueden utilizar medias de compresión elástica o vendas.
 - Media elástica: Quizás el vendaje compresivo más usado sean las medias elásticas. Hay una serie de características y/o situaciones que hay que tener en cuenta cuando queremos iniciar una terapia compresiva con medias elásticas:
 - La elasticidad de la media tiene una duración aproximada de seis meses, pasados los cuales es conveniente renovarlas.
 - Deben colocarse antes de levantarse o, al menos, inmediatamente después de la ducha, y quitarlas por la noche al acostarse.
 - Durante el verano, la sintomatología de la insuficiencia crónica se agrava y, debido al calor, la media es peor tolerada; sin embargo, es conveniente seguir utilizándola, al menos en las primeras horas de la mañana.
 - A los pacientes con insuficiencia venosa crónica se les aconseja usar medias de compresión de por vida. Parece ser una buena práctica volver a valorar el aporte arterial regularmente ya que los pacientes pueden desarrollar enfermedad arterial y de ahí que exista riesgo de isquemia causada por la compresión de la media (Grado de recomendación A).
 - Algunos pacientes al no tolerar las medias de compresión fuerte las abandonan definitivamente en vez de probar las de compresión normal. Mejor éstas que ninguna. Lo mismo ocurre con las medias completas o "leotardos" que, aunque proporcionan una protección muy superior a la que se consigue con el uso de medias parciales, son peor toleradas y se abandonan sin optar por otras. Por eso, es importante educar al paciente al respecto y es aconsejable el uso gradual de compresión; empezando por una media de compresión normal, e ir aumentando progresivamente. Siempre deberemos adecuar la compresión a las características del paciente.

Las indicaciones para la compresión normal o fuerte son las siguientes:

COMPRESIÓN	PRESIÓN	INDICACIONES
NORMAL	20-30 mm. Hg	<ul style="list-style-type: none">- Embarazos con riesgo.- Prevención de TVP en no encamados.- Riesgo de insuficiencia venosa en profesionales que requieran estar de pie.- Prevención de varices primarias.
FUERTE	31-40 mm. Hg	<ul style="list-style-type: none">- Insuficiencia venosa crónica leve.- Tromboflebitis.- Profilaxis de la úlcera cicatrizada.- Varices tronculares o sintomáticas.

- **Vendas:** La presión terapéutica lograda por la aplicación de vendas de compresión depende de un número de parámetros físicos y de las propiedades de los materiales; además, la técnica del vendaje juega un papel importante.

En el momento de realizar el vendaje compresivo, la presión venosa sobre las paredes de los vasos sanguíneos debe ser la mínima posible. En ortostatismo se calcula que esta presión es > 80 mm. Hg y disminuye a < 10 mm. Hg en posición de Trendelenburg, por lo que es ésta la posición más adecuada para realizar el vendaje compresivo; no debe hacerse con el paciente sentado ni con la pierna en declive.

En enfermos con insuficiencia cardíaca congestiva o pacientes muy obesos se respetará la postura más confortable para el paciente, evitando en lo posible angulaciones en el pliegue inguinal.

En presencia de edema blando importante, algunos autores desaconsejan el vendaje compresivo, ya que puede originar flictenas. En este caso, se aconsejará reposo absoluto en postura de Trendelenburg y se iniciará el vendaje cuando el edema disminuya.

Todo el vendaje debe seguir un sentido ascendente adaptándolo a las características de la pierna. Se añadirá venda cuando sea preciso y no más de la necesaria, cortándose la sobrante. Se iniciará siempre en la base o raíz de los dedos, debiendo cubrir hasta el hueso popliteo, o bien hasta el pliegue inguinal, según cual sea la zona interesada.

Las vueltas de las vendas pueden realizarse en forma circular o en espiga. Las vueltas circulares mantienen siempre la misma presión y es la manera más aconsejable de efectuar el vendaje. La modalidad en espiga efectúa una vuelta ascendente y otra descendente, por lo que incumple la condición de mantener siempre el sentido. En las superficies cóncavas (canales retromaleolares) puede aumentarse la presión colocando rollos de algodón, gasa o venda.

La presión óptima que debe ejercer el vendaje oscila entre 35 y 40 mm. Hg

debiendo disminuir gradualmente a medida que se asciende por la pierna para favorecer la acción de bombeo que ejercen los músculos de la pantorrilla. Siempre se deberá utilizar el mismo tipo de venda. La presión ideal es aquella que el paciente tolera sin perjuicio de su confortabilidad.

Algunos pacientes no aceptan fácilmente la contención elástica. Por ello, dedicaremos el tiempo necesario a escuchar sus objeciones, experiencias pasadas, problemas estéticos, etc., y a intentar resolver sus recelos.

3) Tratamiento farmacológico:

Flebofármacos: de efecto limitado; efecto sobre todo en reducción de edema. Sólo indicado como tratamiento paliativo en ciclos temporales de duración limitada, no existiendo evidencia de utilidad en el empleo sistemático y mantenido. Estarán indicados como tratamiento de base en pacientes con sintomatología venosa crónica.

La Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vasculare estima oportuno realizar las siguientes precisiones:

La Resolución de la Agencia Española del Medicamento, tras una reevaluación de la relación beneficio-riesgo de los agentes flebotónicos para la administración por vía oral, concreta la indicación terapéutica de los mismos únicamente para un alivio a corto plazo (de 2 a 3 meses) del edema y síntomas relacionados con la IVC, recomendación que el capítulo sobre flebología de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vasculare comparte absolutamente.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Cuidados ante un paciente con insuficiencia venosa crónica. Atención en las úlceras venosas.

El paciente deberá siempre ser evaluado en primer lugar por un facultativo, que tomará las medidas oportunas y nos aportará información necesaria para iniciar nuestro seguimiento (alergias, contraindicaciones...):

1. Iniciar un seguimiento individualizado e integral del paciente.
2. Efectuar una recogida de datos detallada sobre:
 - Historia de la úlcera: duración de la úlcera, mecanismo de lesión, métodos previos de tratamiento, característica de la herida...).
 - Insuficiencia venosa: historia familiar de enfermedad venosa, historia del paciente de trombosis venosa profunda, fractura menor de pierna u otras lesiones mayores, cirugía previa de venas, venas varicosas o historia previa de ulceración con o sin uso de medias de compresión.
 - Insuficiencia arterial: historia de claudicación intermitente, enfermedad isquémica del corazón, diabetes, fumador, hipertensión arterial, pulsos pedios.
3. Informar al paciente de los pasos que vamos a seguir.
4. Valoraremos la situación y el grado de colaboración del paciente. En la medida de lo posible, le haremos partícipe del proceso de cicatrización. Si está incapacitado para ello, esta valoración se hará extensible a los cuidadores que le atiendan (asociaciones, instituciones sociales, familiares, amigos, etc.) facilitándole todos los recursos necesarios.
5. Valorar las medidas higiénico-dietéticas y posturales que sigue el paciente para modificar aquellos hábitos no saludables que contribuyen a mantener la insuficiencia venosa de base (ver apartado de prevención). Mención especial merece el uso de la terapia compresiva tanto para fomentar el proceso de cicatrización de la herida, como para evitar recidivas (Nivel de evidencia I).
6. Valoraremos en qué estadio se encuentra la herida para proporcionar el tratamiento más adecuado:
 - En líneas generales, debemos fomentar la cura húmeda por las ventajas que aporta: disminución del dolor, eliminación del tejido no viable, migración de células epiteliales para favorecer la cicatrización.
 - Mantener bien limpia e hidratada la piel perilesional. Debemos vigilar en todo momento que esta piel no está macerada. Podemos usar vaselina, emulsión cutánea hidratante, cremas con urea.

Para la limpieza de la herida evitaremos productos limpiadores y/o agentes anti-sépticos, como, por ejemplo, povidona yodada, yodóforos, hipoclorito sódico, peróxido de hidrógeno o ácido acético, todos ellos de reconocida toxicidad y agresividad contra los componentes de la cicatrización, y en algunos casos para el paciente, si el uso es a largo plazo. Utilizaremos una solución salina isotónica a una presión suficiente que no cause trauma en el lecho de la herida pero facilite el arrastre de los restos necróticos.

Si la herida está limpia y nuestro objetivo es la granulación y/o epitelización de la misma, podemos utilizar toda la gama de apósitos absorbentes que existe en el mercado, que, además de proporcionar un medio húmedo idóneo, ayudan a controlar el exudado de la herida. El uso de unos u otros dependerá de las características de la herida y de la respuesta o tolerancia del paciente. Cuando se usen estos apósitos, hay que tener cuidado de no desecar demasiado el lecho de la herida por un lado, y de controlar el exceso de exudado por otro, pues podría macerar la piel perilesional (podemos usar pasta de óxido de zinc para protegerla si es muy exudativa).

La presencia de tejido necrótico o esfacelos en la herida facilita la proliferación bacteriana, la cual entorpece el proceso de curación. Por ello, debemos desbridar la herida. Contamos con varios métodos:

- El método quirúrgico: es un procedimiento cruento que requiere conocimientos, técnica, destreza y material estéril. Hay riesgos de hemorragias e infección. Debemos tener precaución en pacientes con plaquetopenia o en tratamiento con anticoagulantes.
- El método enzimático: consiste en la aplicación de enzimas que degradan la fibrina, el colágeno desnaturalizado y la elastina. Las sustancias más comúnmente usadas son la colagenasa, estreptodornasa o estreptokinasa. Su uso prolongado puede macerar la piel perilesional, por lo que, cuando vayan a ser utilizadas, es recomendable proteger esa piel con una pasta de zinc, silicona, etc.
- El desbridamiento autolítico: que actúa a través de la hidratación del lecho de la herida, la fibrinólisis con urokinasa tópica y la acción de enzimas endógenas sobre los tejidos desvitalizados. Para estos casos, contamos con los hidrogeles, que además proporcionan un ambiente húmedo permanente en la herida ideal para la granulación y la epitelización.

Tanto en los casos en los que una herida limpia no evolucione favorablemente y/o continúe produciendo exudado después de 2 a 4 semanas de curas regulares, como en aquellos donde existan signos claros de infección, nos plantearemos el inicio de un tratamiento local antibiótico de 2 semanas de duración. Éste debe ser eficaz contra microorganismos gram +, gram – y aerobios, como la sulfadiacina argéntica. Si, pasado este tiempo, no existe una respuesta positiva, se realizará un cultivo bacteriano para iniciar un tratamiento antibiótico por vía sistémica. Ante la sospecha o confirmación de infección, evitaremos el uso de apósitos oclusivos.

Sólo en el caso de existencia de pus y/o claros signos de infección, usaremos povidona o clorhexidina como antisépticos para limpiar el lecho de la herida, pero luego lo retiraremos con abundante suero para no dejar restos de productos tóxicos para la cicatrización.

Estos pacientes pueden ser sensibilizados a cualquier elemento utilizado en su tratamiento en algún momento del proceso de curación. Los productos que comúnmente causan sensibilidad en la piel son aquellos que contienen lanolina, alcohol o antibióticos tópicos, por lo que es mejor evitarlos si su uso no está realmente indicado (Grado de recomendación B).

La mayoría de las veces, una limpieza adecuada, el desbridamiento para la retirada del tejido no viable y un buen cuidado del paciente para prevenir los traumatismos, así como un aseo óptimo, impedirán la aparición de infección.

7. Asegurar las derivaciones pertinentes al resto de profesionales del equipo, así como las que procedan entre niveles asistenciales, con un informe previo adjunto.
8. Registro de la evolución de la herida, según formato consensuado, desde el inicio del proceso.

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

1) Varices esenciales.

1.1) Cirugía convencional:

- Principios:

- 1º. Supresión del reflujo del sistema venoso profundo al sistema venoso superficial, es decir reducción de su hipertensión.
- 2º. Eliminación de varices.

- Objetivo:

Extirpación radical y definitiva de las varices y tratamiento de su causa, para la prevención de las complicaciones de la insuficiencia venosa central con el mejor resultado funcional y cosmético.

Objetivos de las variantes técnicas:

- 1º. Ligadura de cayado y perforantes insuficientes.
- 2º. Extirpación de varices.
- 3º. Extirpación en exclusiva de los troncos de safenas afectados.
- 4º. Otras técnicas, como Cura hemodinámica de la insuficiencia venosa de forma ambulatoria (C.H.I.V.A.) o Cirugía subfacial endoscópica de venas perforantes (S.E.P.S.), serán de aplicación selectiva.

2) Varices postflebiticas.

- Serán aplicables los mismos principios, con restricciones importantes derivadas de la fisiopatología del proceso.
- En los casos de alteraciones tróficas importantes, podrán indicarse ligaduras de comunicantes.
- En casos muy selectivos, puede valorarse la necesidad de realizar intervenciones sobre el sistema venoso profundo.

3) Escleroterapia.

La escleroterapia de las varices puede ser un complemento de tratamiento quirúrgico o una alternativa al mismo en casos seleccionados por el especialista.

CUIDADOS POST-OPERATORIOS DE ENFERMERÍA

Actuación ante un paciente con una herida postquirúrgica.

1) Limpieza de la herida:

- 1.1) Se levantará el apósito por primera vez según la prescripción médica.
- 1.2) Se informará al paciente del procedimiento que vamos a seguir.
- 1.3) Se preparará al paciente y se organizará el equipo necesario.
- 1.4) Se mantendrá una asepsia adecuada durante todo el proceso.
- 1.5) La limpieza se realizará con suero fisiológico estéril desde la parte superior a la inferior, empezando en el centro y continuando hacia fuera, es decir, desde la zona menos contaminada a la de mayor contaminación.
- 1.6) Se valorará el aspecto de la herida y la situación del paciente:
 - Inspeccionar y palpar la zona por si hubiera inflamación y/o signos de infección (temperatura, color, tumoración...).
 - Preguntar al paciente por la presencia de dolor (localización, intensidad, comienzo...).
 - Valorar la capacidad del paciente para realizar las actividades de la vida diaria. Daremos recomendaciones a él y a los cuidadores sobre los hábitos saludables que debe mantener.
- 1.7) Se aplicará el tratamiento prescrito.
- 1.8) Se colocarán los apósitos estériles (comenzando desde el centro de la herida hacia fuera).
- 1.9) Se registrará el cambio de apósito y todas las apreciaciones de enfermería que consideremos oportunas, las cuales, se las daremos a conocer al facultativo.

2) Retirada de puntos de sutura:

- 2.1) Se comprobará la prescripción médica; se determinará si hay que retirar toda la sutura o puntos alternos.
- 2.2) Se repetirán los pasos 2, 3 y 4 del apartado anterior.
- 2.3) Se levantará el apósito y valorará el aspecto de la herida. Posteriormente, se aplicará un antiséptico antes de la retirada de los puntos.
- 2.4) Se retirarán los puntos; se hará de forma alterna para prevenir que cualquier dehiscencia se haga mayor. Si no aparece ninguna, retirar los puntos restantes; si la dehiscencia hace su aparición, no retiraremos el resto, colocaremos

un esparadrapo en forma de mariposa y avisaremos al médico para que valore la nueva situación. Aplicaremos un antiséptico, cubriremos la incisión y retiraremos el resto de puntos cuando proceda.

- 2.5) Se instruirá al paciente y/o cuidadores acerca del seguimiento de los cuidados de la herida y de la insuficiencia venosa crónica de base en general (medidas higiénicas-dietéticas y posturales).
- 2.6) Se registrará todo el procedimiento efectuado.