MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA
SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL

SEMAR
SECRETARÍA DE MARINA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA GPC

Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de VENAS VARICOSAS RECIDIVANTES DE MIEMBROS PÉLVICOS INFERIIORES POST-SAFENECTOMIA

Guía de Referencia Rápida

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

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Índice

1. CLASIFICACIÓN DEL VENAS VARICOSAS DE MIEMBROS INFERIORES 3
2. DEFINICIÓN Y CONTEXTO DE VENAS VARICOSAS DE MIEMBROS INFERIORES 3
3. HISTORIA NATURAL DE INSUFICIENCIA VENOSA DE MIEMBROS INFERIORES 3
5. DIAGRAMAS DE FLUJO 7

1. Clasificación del Venas varicosas de miembros inferiores

CIE-10: I83 Venas varicosas de los miembros inferiores

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

38.59 Ligadura y extirpación de venas varicosas

39.32 Sutura de vena,

39.92 Inyección de agente esclerosante.

GPC: Prevención, Diagnóstico y tratamiento de Varices recidivantes de miembros inferiores post-safenectomia

2. Definición y Contexto de Venas varicosas de miembros inferiores

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

Insuficiencia venosa crónica: condición patológica del sistema venoso que se caracteriza por la incapacidad funcional adecuada del retorno sanguíneo debido a anormalidades de la pared venosa y valvular que lleva a una obstrucción o reflujo sanguíneo en las venas. La Unión Internacional de Flebologia la define como os cambios producidos en las extremidades inferiores resultado de la hipertensión venosa prolongada (GPC Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia venosa Crónica, IMSS, 200)

3. Historia Natural de Insuficiencia venosa de miembros inferiores

Prevención (Factores de riesgo)
Dentro de las recomendaciones para reducir las recidivas se encuentran: o Mejor conocimiento teórico anatomofisiológico y hemodinámico de la enfermedad o Estudio clínico exhaustivo o Apoyo de un laboratorio vascular bien Seleccionado en la consulta externo para una correcta clasificación. o Meticulosa técnica quirúrgica (adecuado marcado del paciente y cirugía completa indicada).

- Falta de apego a recomendaciones médicas de parte de los pacientes (medidas higiénico-dietéticas específicamente higiene vascular, o control de peso).
- Gran número de zonas para tratar (>7)

En general estas estrategias pueden colaborar a reducir las recidivas, aunque es de esperar que ello ocurra en menor proporción.
Con fines de intentar menos recidiva es recomendable realizar estudio hemodinámico adecuado con crocectomia con ligadura de perforantes insuficientes y extracción de la safena.
Informar a los pacientes programados para safenectomia con factores de riesgo de recidiva la posibilidad de recurrencia.
Previo a tratamiento quirúrgico el paciente con IVC recidivante debe tener exploración con USG doppler venoso y / o flebografía venosa los cuales nos auxiliara a identificar el sitio de hipertensión venosa para considerar:

- Re exploración del cayado
- Flebectomía segmentaria
- Tratamiento de perforantes insuficiente en base a regiones.

Diagnóstico

En la valoración médico del paciente postoperado por safenectomia se debe interrogar o documentar la presencia o ausencia de:

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

Molestias que no mejoran al tratamiento de higiene venosa.
El exámen físico debe incluir una evaluación con el paciente en posición de pie, lo cual permite la máxima distención de las venas.
Los pacientes postoperados por IVC requieren un seguimiento clínico con fines de evaluar el apego a las medidas de higiene venosa y la posibilidad de recidiva.
Realizar ultrasonido doppler vascular o flebografía descendente para realizar diagnóstico de IVC.
Realizar flebografía descendente en casos de duda diagnóstica con ultrasonido doppler vascular como estudio definitivo.
El cirujano debe de contar previa a la intervención dentro de lo posible con USG doppler venoso y / o flebografía venosa los cuales nos auxiliara a identificar el sitio de hipertensión venosa para considerar:

- Re exploración del cayado
- Flebectomía segmentaria
- Tratamiento de perforantes insuficiente en base a regiones.

Tratamiento

Considerar tratamiento quirúrgico a pacientes con IVC con:

- Pacientes con sintomatología de IVC con afectación de las venas residuales y venas perforantes.
- Pacientes con poco sintomáticas muy evidentes, con potencial de riesgo de complicaciones (varicoflebitis, varicorragia, ulceras, trombosis venosa profunda y tromboembolia pulmonar)

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

- Medidas físicas terapéuticas (Ejercicio y compresoterapia, evitar inmovilidad)

- Manejo farmacológico sintomático flebotomicos.
- Esclerosis venosa (ambulatoria o quirófano con esclerosantes en caso de contar con el recurso).
- La remoción de la vena safena con ligadura alta de la unión safeno femoral está indicada en gran parte de los pacientes con IVC..

La cirugía convencional debe de ser de elección con fines de reducir la recanalización obteniendo mejores resultados a largo plazo.

Cuando la insuficiencia venosa profunda es grave esta descrito a realizar plastia , aunque lo reportado no ha mostrado resultados adecuados.

El médico especialista debe informar a los paciente las opciones quirúrgicas en cada caso en particular, en el que la preferencia o aceptación del paciente es necesaria para su realización

Vigilancia y seguimento

Algunos estudios han encontrado datos de recurrencia a corto plazo posterior a cirugía (3 meses) y a largo plazo (5 años).

Valorar posterior a cirugía por IVC en los primeros 3 meses en el nivel de atención en donde fue intervenido, solicitando a su egreso ser re-enviado a especialidad para valoraciones anuales durante los primeros 5 años,

Teniendo en cuenta que algunos recidivan es recomendable que en todo paciente postquirúrgico se haga un seguimiento en los primeros 3 meses para continuar su vigilancia en segundo nivel de atención.

En el segundo nivel debe e continuar su seguimiento entre los 3 a 6 meses de postquirúrgico, y podrá contra referir a primer de acuerdo al caso para solicitar revaloración anual nuevamente el segundo.

Criterios de Referencia de primer a segundo nível de atención

Los criterios para referir un paciente con diagnóstico clínico de varices recidivantes a 2do nivel son:

- Pacientes con sintomatología persistente que no responden a las medidas conservadoras o de higiene venosa(ejercicios y compresoterapia)
- Paciente que presenten o hayan presentado insuficiencia venosa crónica complicada, con flebitis o varicotrombosis y ulceras.
- Varices recidivantes.

El primer nivel deberá referir al paciente postsafenectomia anualmente a consulta especializada de segundo nivel durante los primeros 3 años a fin de detección oportuna de recidivas.

Los pacientes con sospecha clínica de recidiva postquirúrgica debe ser enviado a segundo nivel con estudios recientes preoperatorios del mes en el que se envía (Biometría Hemática, Glucosa, Tiempo de protrombina, Tiempo de trombina, creatinina sérica) u otros complementarios específicos de acuerdo a comorbilidad del paciente.

o>.

Criterios de Referencia de segundo a Tercer nível de atención

Se referirán los pacientes a tercer nivel atención, con IVC recidivante post- safenectomia cuando:

- Haya sospecha de causa congénita de IVC.
- Ulceras recurrentes a pesar de segundo tratamiento médico o quirúrgico

- Paciente con datos de secuela pos-trombótica.

Pacientes con comorbilidad (Diabetes, enfermedad cardiovascular, Insuficiencia renal e enfermedad pulmonar).
En casos especiales se pueden enviar a valoración pacientes que pudieran ser candidatos al uso de esclerosantes quedando a juicio de la disponibilidad o factibilidad de su aplicación, lo anterior ha sido utilizado en algunos centros bajo el fundamente de ser un medicamento fleboesclerosante en varices esofágica, su uso en angiología ha sido para esclerosis de varices de miembros pélvicos, siempre considerando la disponibilidad y la autorización en la unidad de atención.

Criterios de Contra-referencia de tercer a segundo nível de atención

Se contra-referirán los pacientes de tercer nivel atención, con IVC recidivante post- safenectomia cuando a

- Sin existan datos de hipertensión venosa clínicamente y con estudios de gabinete.
- Sin dataos de insuficiencia arterial
- Pacientes con secuela post-trombótica ya recanalizado
- Pacientes en los que se descartó malformación venosa.

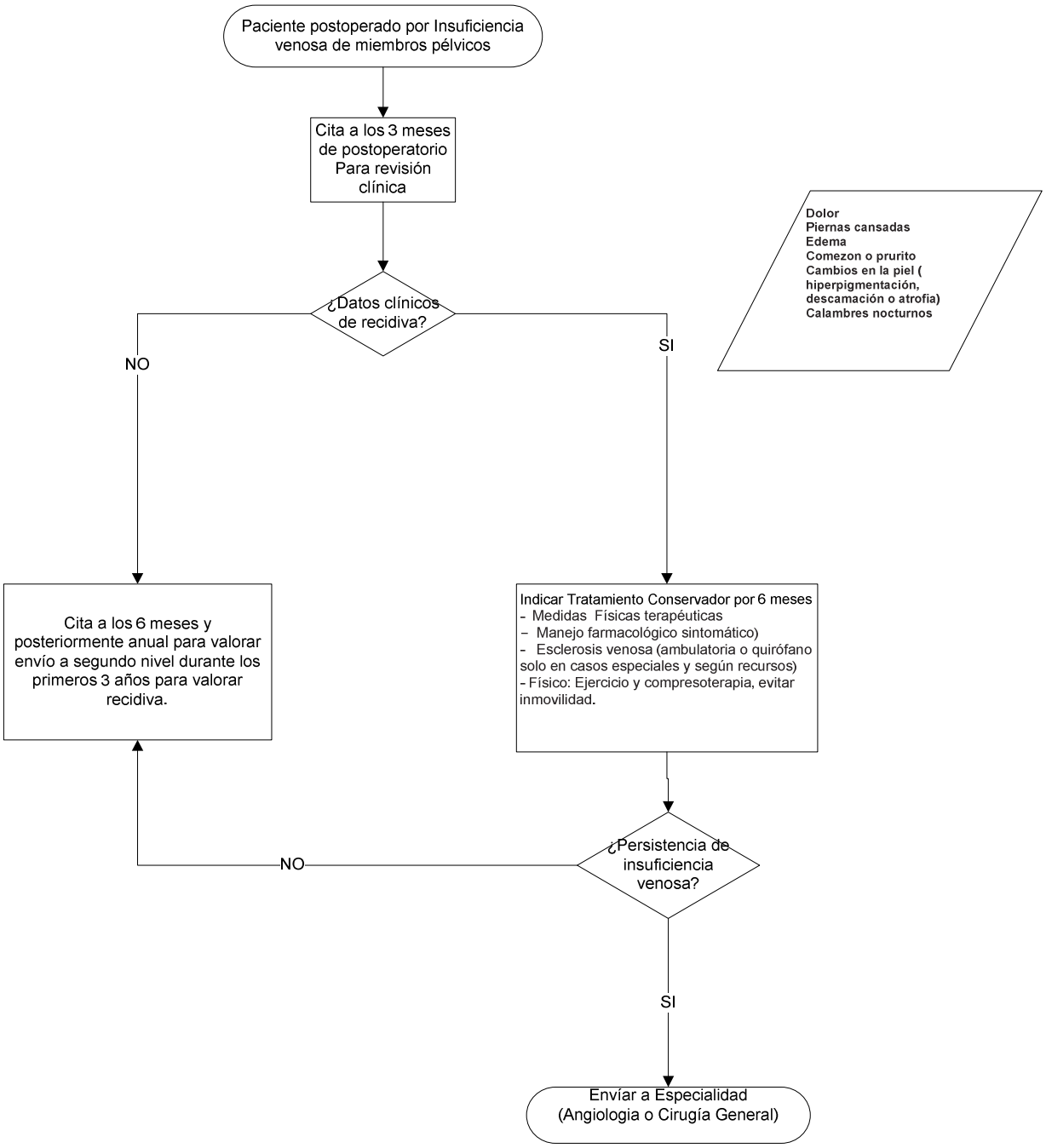
Criterios de Contra-referencia de segundo s ´primer nível de atención

Se enviaran a su primer nivel de atención cuando:

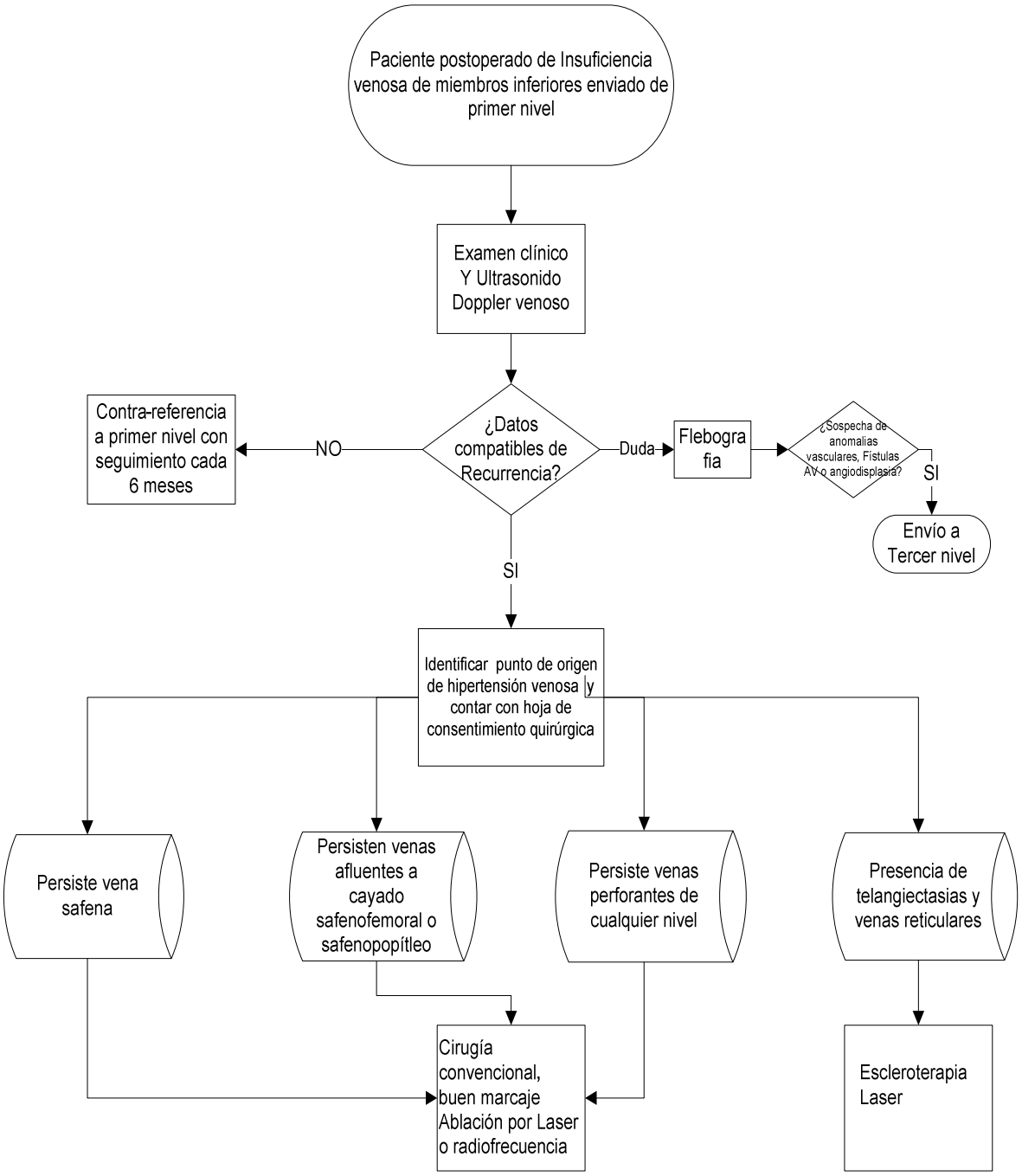
- No se haya confirmado recidiva.
- Pacientes que no aceptaron tratamiento especializado (médico-quirúrgico).
- Pacientes cuya comorbilidad el tratamiento quirúrgico venoso lo contraindique.

5. Diagramas de Flujo

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



Diagnóstico y Tratamiento de Insuficiencia venosa de miembros inferiores recurrente



Avenida Paseo de La Reforma #450, piso 13.
Colonia Juárez. Delegación Cuauhtémoc.
C.P. 06600 México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
2014

ISBN en trámite