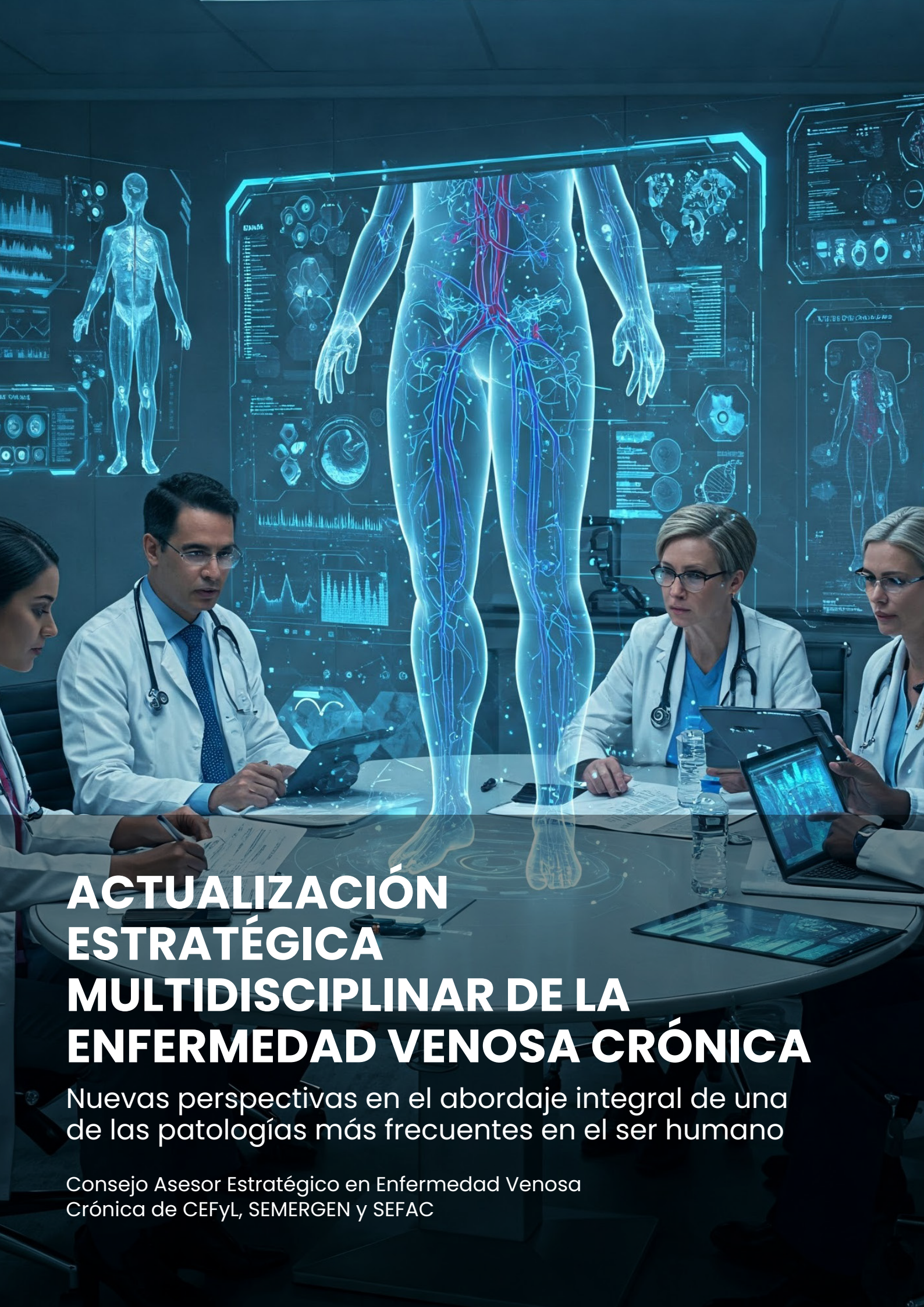
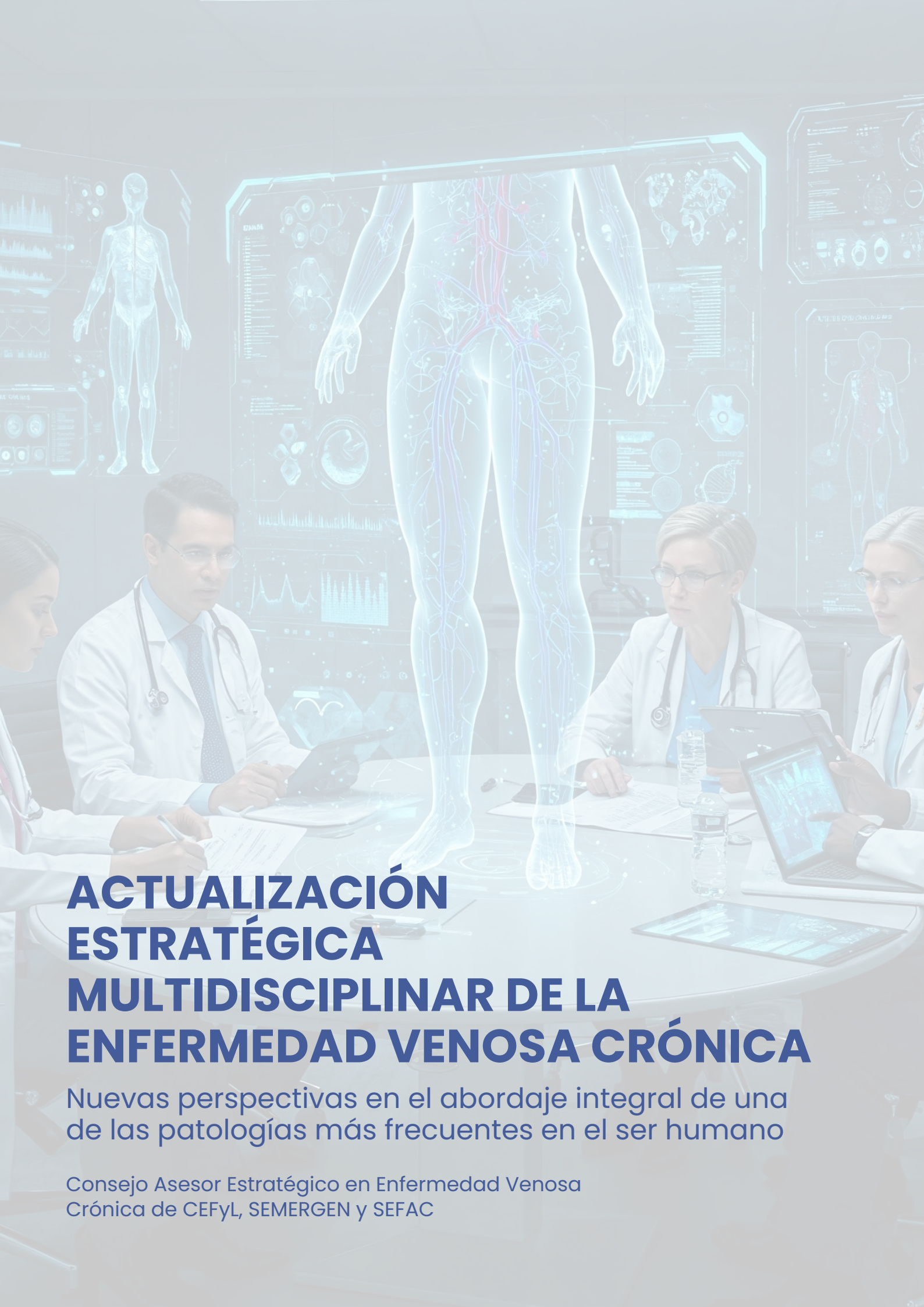




ACTUALIZACIÓN ESTRATÉGICA MULTIDISCIPLINAR DE LA ENFERMEDAD VENOSA CRÓNICA

Nuevas perspectivas en el abordaje integral de una de las patologías más frecuentes en el ser humano

Consejo Asesor Estratégico en Enfermedad Venosa
Crónica de CEFyL, SEMERGEN y SEFAC

The background image shows four medical professionals (three men and one woman) in white lab coats sitting around a table, looking at tablets and papers. Overlaid on this is a large, semi-transparent digital graphic of a human body from the waist down, with a complex network of red and blue lines representing the venous system. The background also features various medical data visualizations like graphs and smaller human figures.

ACTUALIZACIÓN ESTRATÉGICA MULTIDISCIPLINAR DE LA ENFERMEDAD VENOSA CRÓNICA

Nuevas perspectivas en el abordaje integral de una de las patologías más frecuentes en el ser humano

Consejo Asesor Estratégico en Enfermedad Venosa
Crónica de CEFyL, SEMERGEN y SEFAC

Actualización estratégica multidisciplinar de la enfermedad venosa crónica.
Nuevas perspectivas en el abordaje integral de la patología más frecuente en el ser humano.

ISBN 978-84-09-71184-0

Primera edición: Marzo 2025

Autorías: Javier Álvarez Fernández, Dolores Ballesteros Ortega, Irene Escudero Rivera, Cristina Feijoo Cano, Olga García Vallejo, Juan Peiró Morant, Paulina Pérez Ramírez, Ana Piera Carbonell, Rodrigo Rial Horcajo, Javier Rodríguez Padilla, Melina Vega de Céniga.

Con el aval de:

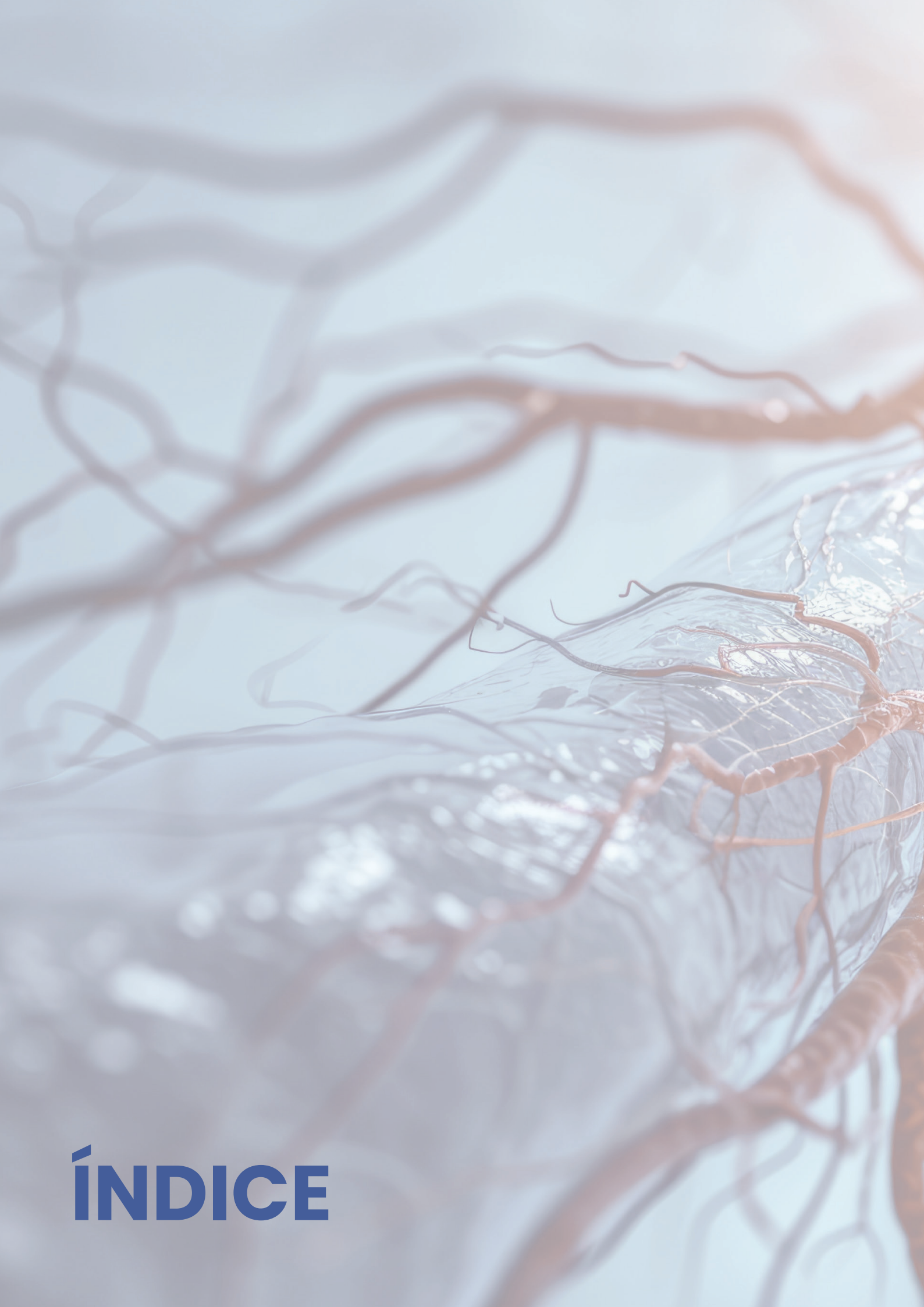


Revisión: Rodrigo Rial y Javier Álvarez

Diseño y maquetación por: GOC Health Consulting (Gestió Organització Comunicació, S.A.)

Reservados todos los derechos. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

© LABORATORIOS SERVIER, S.L.



ÍNDICE

Glosario 6

Introducción 8

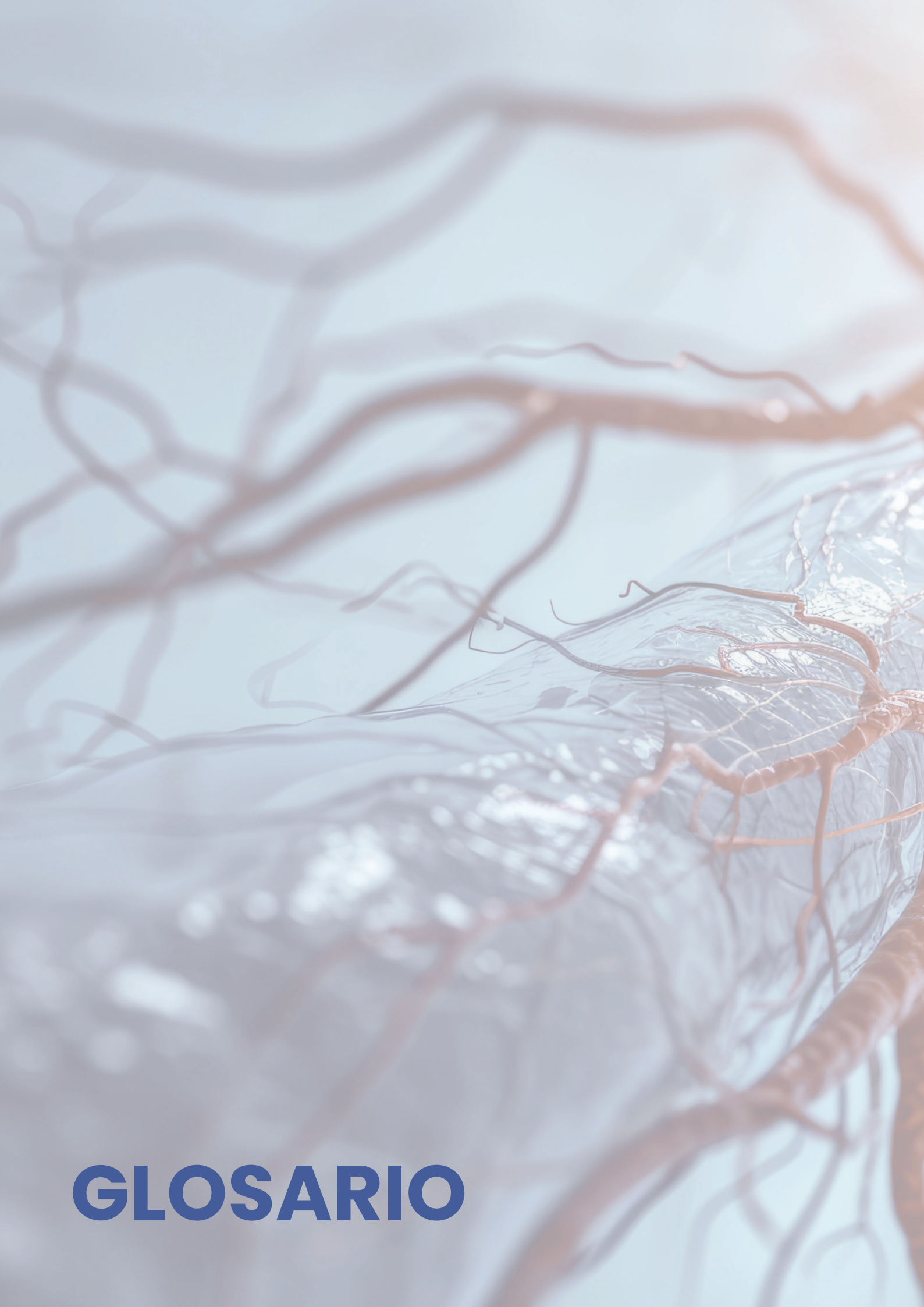
**Concienciación y diagnóstico
de la enfermedad venosa crónica 11**

**Relación entre la enfermedad venosa crónica
y el riesgo vascular 16**

**Tratamientos farmacológicos y diferencias
en el mecanismo de acción de la enfermedad venosa crónica 20**

Eficacia, calidad de vida y adherencia 26

Enfermedad venosa crónica y patología hemorroidal 30



GLOSARIO

ARA II: Antagonistas de receptores de angiotensina II

CAE: Consejo asesor estratégico

CEAP: Clínica, etiología, anatomía y patofisiología

CV: Cardiovascular

EAP: Enfermedad arterial periférica

EH: Enfermedad hemorroidal

ETEV: Enfermedad tromboembólica venosa

EVC: Enfermedad venosa crónica

FRCV: Factor de riesgo cardiovascular

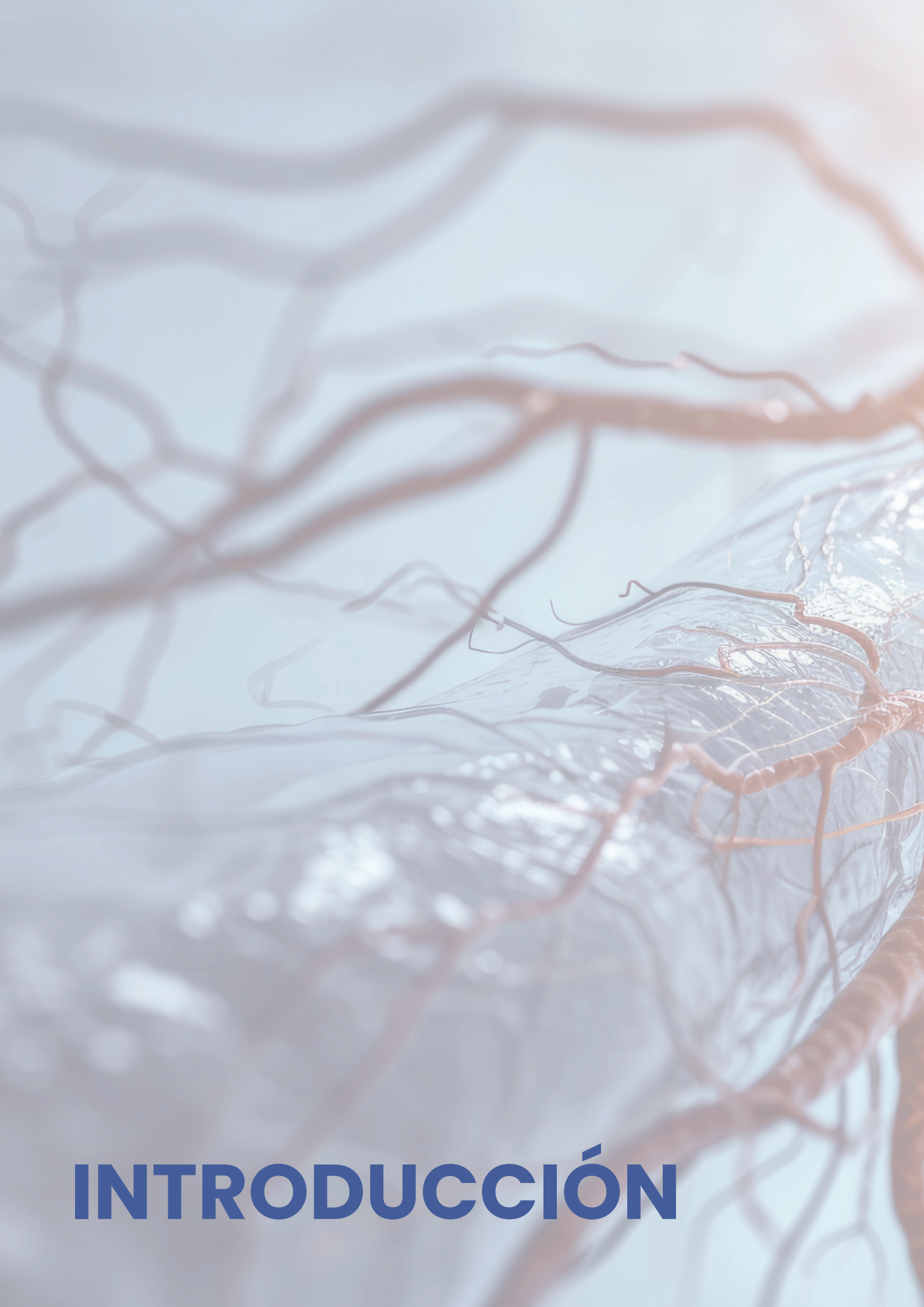
IECAS: Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina

IVC: Insuficiencia venosa crónica

RCV: Riesgo cardiovascular

UE: Unión Europea

VAD: Flebotónicos, venotónicos o fármacos venoactivos



INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Venosa Crónica (EVC) es una de las patologías más frecuentes en el ser humano.^{1,2} Las manifestaciones clínicas de esta enfermedad incluyen desde las dilataciones veno-capilares (telangiectasias) hasta las úlceras venosas. La Enfermedad Venosa Crónica afecta entre el 50 % y 70 % de la población general. Un estado intermedio son las varices, que existen en un 30 % de la población española³. En la mayoría de los casos se acompañan de dolor venoso de intensidad variable, pero muy constante, que disminuye la calidad de vida.

Debido a su cronicidad, en muchos casos se produce una progresión que empeora la sintomatología y las manifestaciones. Esta evolución se puede prevenir en la mayoría de las circunstancias con un tratamiento adecuado. Las causas y factores de riesgo para su desarrollo son diversos y, en general, no existe uno solo. La genética, los embarazos, las situaciones ocupacionales que obligan a estar mucho tiempo de pie o sentado, las secuelas de trombosis venosas profundas, entre otros, son los factores de riesgo más relevantes.⁴

Según Eurostat⁵, en salud pública de los países de la UE se invierten 16 millones de euros por millón de habitantes y año.

En nuestro entorno, las fases avanzadas de la EVC, como la úlcera, suponen una disminución de la calidad de vida para los pacientes muy importante. El gasto sanitario público de las fases avanzadas de la EVC es enorme en los países desarrollados. Las venas varicosas fueron responsables de un gasto aproximado de 48 millones de euros en 2005-2006, lo que también representa un costo significativo.⁶

La especialidad que trata la EVC es Angiología y Cirugía Vascular. Sin embargo, no todas las situaciones clínicas son tratadas por un Cirujano Vascular. Existen otras especialidades médicas implicadas, como Medicina de Familia y Comunitaria, que

lleva la asistencia más numerosa en estos pacientes. No podemos olvidar que la Farmacia Comunitaria es un referente en la mayoría de los pacientes para el consejo farmacéutico en medicación venoactiva, tallaje del soporte elástico y muchas veces primer escalón en la detección de la enfermedad, con la consecuente responsabilidad en la derivación.

A pesar de su elevada prevalencia, de conllevar una importante disminución en la calidad de vida y del enorme gasto sanitario que suponen, las enfermedades venosas son percibidas por el público, por algunos profesionales y por algunas administraciones, como poco importantes o benignas. Falta una concienciación, a diferentes niveles, que las sociedades científicas implicadas estamos intentando corregir.

Este Consejo Asesor Estratégico (CAE) en la Enfermedad Venosa Crónica está compuesto por especialistas en Cirugía Vascular, especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y farmacéuticos especialistas en Farmacia Comunitaria. Su objetivo es informar a las administraciones, profesionales sanitarios y público en general de los datos fundamentales y evidencias actuales que existen en la EVC, faltas o necesidades encontradas, y recomendaciones estratégicas con acciones a realizar en un futuro.

Hasta donde ha podido averiguar este Consejo Asesor Estratégico, no existe una asociación de pacientes con EVC, y es de las pocas enfermedades crónicas que carecen de ella.⁷

Este documento no puede abordar todos los aspectos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la EVC. No se han incluido, por lo complejo del análisis y por la extensión, ni el tratamiento quirúrgico ni la terapia compresiva. Las áreas sobre las que se ha realizado un trabajo más intenso incluyen la concienciación y diagnóstico de la EVC, tratamientos farmacológicos disponibles y sus mecanismos de acción, y

la calidad de vida y adherencia terapéutica. En los últimos años estudios de cohortes observacionales han encontrado una asociación epidemiológica de la EVC con la mortalidad de causa cardiovascular.⁸ Esta nueva línea de investigación ha abierto una gran cantidad de interrogantes, pero al mismo tiempo está haciendo cambiar la perspectiva de la EVC como enfermedad benigna.

Los autores de este documento agradecen al Departamento Médico de Laboratorios Servier SL su patrocinio no condicionado. Hacía falta un documento conjunto de las sociedades implicadas en el manejo de la EVC.

Javier Álvarez y Rodrigo Rial

BIBLIOGRAFÍA

1. Albornoz PA. Impacto social de la enfermedad venosa. *Flebología* 2017;43:44-50
2. Peiró Morant JF, Ramírez Torres JM, Pérez Vázquez E, Lozano Bouzón VM, Parra Valderrama A, Frías Vargas M, et al. Knowledge of chronic venous disease among healthcare professionals in Spain. *Semergen* 2023;49:102063.
3. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG). Insuficiencia venosa crónica en AP, 2017.
4. Miquel C, Rial R, Ballesteros MD, García-Madrid. C. "Guía de práctica clínica en enfermedad venosa crónica del Capítulo de Flebología y Linfología de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular". *Angiología*. 2015;68(1):55-62.
5. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics_by_function,_provider_and_financing_scheme#:~:text=Current%20healthcare%20expenditure%20in%20the%20EU%20was%20%E2%82%AC1%20648,%E2%82%AC3%20685%20per%20inhabitant.
6. *Phlebology* 2016, Vol. 31(1S) 74-79 Onida S, Davies AH. Predicted burden of venous disease. *Phlebology*. 2016 Mar;31(1 Suppl):74-9. doi: 10.1177/0268355516628359. PMID: 26916773.
7. www.plataformadepacientes.org
8. Prochaska JH, Arnold N, Falcke A, Kopp S, Schulz A, Buch G, et al. Chronic venous insufficiency, cardiovascular disease, and mortality: a population study. *Eur Heart J* 2021;42:4157-65.



CONCIENCIACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD VENOSA CRÓNICA

GRUPO DE TRABAJO DE CONCIENCIACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Miembros:

Escudero Rivera, Irene

Feijoo Cano, Cristina

García Vallejo, Olga

Peiró Morant, Juan

Piera Carbonell, Ana

Rodríguez Padilla, Javier

Coordinadores:

Rial Horcajo, Rodrigo

Álvarez Fernández, Javier

DATOS FUNDAMENTALES

La EVC se define en el Vein-Term¹ como cualquier anormalidad morfológica y/o funcional del sistema venoso de larga evolución, que se manifiesta mediante signos y/o síntomas que requieren de estudio y tratamiento.

La EVC es muy frecuente en la población. Teniendo en cuenta la morbilidad y mortalidad asociadas a las complicaciones de esta enfermedad, la concienciación de los profesionales sanitarios y de los pacientes debe ser primordial para el manejo adecuado.

Los estudios epidemiológicos disponibles muestran que un 60 % de las personas adultas presentan algún síntoma o signo de enfermedad venosa crónica.²

Desde el punto de vista social, las varices, y otras manifestaciones de la enfermedad venosa crónica, son consideradas como trastornos benignos.

Los profesionales sanitarios que no tratan con la enfermedad venosa crónica de forma habitual la perciben como un problema sanitario menor.

Para el paciente, sin embargo, la EVC y sus manifestaciones suponen, en un porcentaje mayoritario, un problema de autoestima con deterioro emocional que limita la vida social.³

No existe una concienciación sobre la EVC en la Administración Sanitaria como enfermedad crónica. En general, los recursos destinados para su tratamiento en las fases iniciales por parte de las Comunidades Autónomas son limitados en la terapia compresiva y en el tratamiento farmacológico.^{4, 5}

La Clasificación CEAP⁶ (Clínica, Etiología, Anatomía y Patofisiología) debe ser la utilizada cuando se trata de enfermedad venosa crónica. Es una clasificación que no tiene una correlación lineal con la severidad de la EVC y el deterioro de la calidad de vida. El diagnóstico precoz y la implantación de un tratamiento correcto correspondiente a cada clase CEAP han demostrado que retrasan o frenan la progresión.

Existen clasificaciones de gravedad como el Venous Clinical Severity Score⁷, y de calidad de vida como el cuestionario CIVIQ20⁸ (y su versión abreviada CIVIQ14). No obstante, obtener la puntuación de estas escalas no es necesario para diagnosticar y tratar la EVC. En general, se reservan para estudios clínicos.

Las telangiectasias y varices reticulares (CEAP C1) no solo son un problema estético, sino que se consideran una etapa temprana de la EVC dentro de la clasificación CEAP⁶, por lo que se recomienda la valoración de un experto si van a ser tratadas.

Las varices (CEAP C2) deben evaluarse siempre para cirugía o tratamiento médico^{9,10}. Los pilares del tratamiento médico son la terapia compresiva y los fármacos venoactivos.

El edema de origen venoso (CEAP C3) refleja una hipertensión venosa mantenida e indica una fase más avanzada. Habitualmente se asocia a telangiectasias o varices, pero también puede darse sin otros signos visibles.^{9,10}

La hipertensión venosa de larga evolución produce un paso de elementos formes de la sangre a la matriz extracelular, produciendo una pigmentación conocida como dermatitis de estasis (CEAP C4), que se asocia a inflamación y destrucción de la matriz extracelular. Es una fase previa a la aparición de la úlcera venosa.⁶

La insuficiencia venosa es la causa más frecuente (80 %) de úlceras en la extremidad inferior. La úlcera venosa² (CEAP C6) afecta a más del 1 % de la población y debe ser evaluada siempre por un Cirujano Vascular para explorar posibilidades quirúrgicas o de escleroterapia. Esta evaluación debe ser de forma preferente si el índice tobillo brazo está por debajo de 0,8.

Actualmente en España el tiempo medio de curación de una úlcera venosa se sitúa en 7,8 meses.⁹ Las úlceras cicatrizadas (CEAP C5) merecen especial atención para evitar su recidiva. La terapia compresiva debe estar prescrita siempre. Las actuaciones (cirugía o escleroterapia) para disminuir la hipertensión venosa deben ser evaluadas por un Cirujano Vascular.

Aunque la evaluación clínica permite realizar el diagnóstico de EVC, siempre hay que realizar un Eco Doppler si el paciente va a ser sometido a algún procedimiento de escleroterapia o cirugía.^{9,10}

El eco-Doppler para la detección de la enfermedad venosa del miembro inferior debe realizarse con el paciente de pie. Siempre en ambas extremidades incluyendo el sistema venoso profundo y el sistema venoso superficial. El objetivo es detectar insuficiencias y signos de trombosis antigua o reciente.^{9,10}

NECESIDADES ENCONTRADAS EN CONCIENCIACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Existe una falta de concienciación por parte de los pacientes y profesionales sanitarios sobre el significado real de la EVC y su pronóstico. Esto implica una falta de detección en los tres niveles asistenciales.

El diagnóstico y la clasificación de la EVC necesitan implantarse de forma protocolizada en Atención Primaria.

No existe una idea clara de cuando derivar al Cirujano Vascular, aunque ya existen protocolos entre Atención Primaria y Cirugía Vascular. Los circuitos de derivación entre farmacia y Atención Primaria se basan en los conocimientos de cada uno de los profesionales y, aunque no estén protocolizados, se está comenzando a trabajar en ello.

Las fases avanzadas, como las úlceras venosas, son de especial preocupación por el gran consumo de recursos y el deterioro de la calidad de vida del paciente.

RECOMENDACIONES ESTRATÉGICAS PARA CONCIENCIACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA EVC

1. Campañas de información entre la población.

Concienciar sobre qué es la enfermedad venosa crónica y su posible progresión.

- Dar a conocer que la Farmacia Comunitaria puede ser el primer escalón en la detección de los primeros síntomas de la enfermedad y la que recomiende tratamientos.
- Dar a conocer que el médico de Atención Primaria es el primer escalón en el diagnóstico y tratamiento.
- Dar a conocer que el Cirujano Vascular es el especialista al que será derivado si el especialista en Medicina Familiar y Comunitaria lo considera adecuado.

La Farmacia Comunitaria juega un papel esencial en los circuitos de derivación médica, al igual que en la adherencia al tratamiento.

2. Campañas de información a profesionales sanitarios.

Actualizaciones en el diagnóstico, clasificación y derivaciones de la EVC dirigidas a Médicos Especialistas en Medicina Familiar y Farmacia Comunitaria. Realización de consensos y protocolos de forma transversal entre las diferentes sociedades científicas.

3. Campañas dirigidas a la Administración.

La falta de financiación de los fármacos venoactivos no se sostiene desde el punto de vista científico. Es un agravio comparativo frente a otras enfermedades crónicas. Las industrias farmacéuticas, ayudadas por las Sociedades Científicas de Primaria y Vascular deberían elaborar un informe con la bibliografía pertinente y las recomendaciones de las guías de práctica clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Eklof B, Perrin M, Delis KT, Rutherford RB, Gloviczki P; American Venous Forum; European Venous Forum; International Union of Phlebology; American College of Phlebology; International Union of Angiology. Updated terminology of chronic venous disorders: the VEIN-TERM transatlantic interdisciplinary consensus document. *J Vasc Surg*. 2009 Feb;49(2):498–501. doi: 10.1016/j.jvs.2008.09.014. PMID: 19216970.
2. Rabe E, Guex JJ, Puskas A, Scuderi A, Fernandez Quesada F; VCP Coordinators. Epidemiology of chronic venous disorders in geographically diverse populations: results from the Vein Consult Program. *Int Angiol*. 2012 Apr;31(2):105–15. PMID: 22466974.
3. <https://cinfasalud.cinfa.com/p/estudio-cinfasalud-insuficiencia-venosa-cronica/>
4. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2012-13647>
5. <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/medicamentos.do?metodo=verDetalle&cn=605711>
6. Lurie F, Passman M, Meisner M, Dalsing M, Masuda E, Welch H, Bush RL, Blebea J, Carpentier PH, De Maeseneer M, Gasparis A, Labropoulos N, Marston WA, Rafetto J, Santiago F, Shortell C, Uhl JF, Urbanek T, van Rij A, Eklof B, Gloviczki P, Kistner R, Lawrence P, Moneta G, Padberg F, Perrin M, Wakefield T. The 2020 update of the CEAP classification system and reporting standards. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2020 May;8(3):342–352. doi: 10.1016/j.jvsv.2019.12.075. Epub 2020 Feb 27. Erratum in: *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2021 Jan;9(1):288. doi: 10.1016/j.jvsv.2020.11.002. PMID: 32113854.
7. Vasquez MA, Rabe E, McLafferty RB, Shortell CK, Marston WA, Gillespie D, Meissner MH, Rutherford RB; American Venous Forum Ad Hoc Outcomes Working Group. Revision of the venous clinical severity score: venous outcomes consensus statement: special communication of the American Venous Forum Ad Hoc Outcomes Working Group. *J Vasc Surg*. 2010 Nov;52(5):1387–96. doi: 10.1016/j.jvs.2010.06.161. Epub 2010 Sep 27. PMID: 20875713.
8. Launois R, Le Moine JG, Lozano FS, Mansilha A. Construction and international validation of CIVIQ-14 (a short form of CIVIQ-20), a new questionnaire with a stable factorial structure. *Qual Life Res*. 2012 Aug;21(6):1051–8. doi: 10.1007/s11136-011-0008-3. Epub 2011 Sep 25. PMID: 21947689.
9. Miquel C, Rial R, Ballesteros MD, García-Madrid C. “Guía de práctica clínica en enfermedad venosa crónica del Capítulo de Flebología y Linfología de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular”. *Angiología*. 2015;68(1):55–62
10. De Maeseneer MG, Kakkos SK, Aherne T, Baekgaard N, Black S, Blomgren L, Giannoukas A, Gohel M, de Graaf R, Hamel-Desnos C, Jawien A, Jaworucka-Kaczorowska A, Lattimer CR, Mosti G, Noppeney T, van Rijn MJ, Stansby G, Esvs Guidelines Committee, Kolh P, Bastos Goncalves F, Chakfé N, Coscas R, de Borst GJ, Dias NV, Hinchliffe RJ, Koncar IB, Lindholt JS, Trimarchi S, Tulamo R, Twine CP, Vermassen F, Wanhainen A, Document Reviewers, Björck M, Labropoulos N, Lurie F, Mansilha A, Nyamekye IK, Ramirez Ortega M, Ulloa JH, Urbanek T, van Rij AM, Vuylsteke ME. European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2022 Clinical Practice Guidelines on the Management of Chronic Venous Disease of the Lower Limbs. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2022 Jan 10;S1078-5884(21)00979-5. doi: 10.1016/j.ejvs.2021.12.024. Epub ahead of print. PMID: 35027279.
11. Marina López San Martín, António Assunção, José Ignacio Blanes Mompó, Fidel Fernández Quesada, Francisco Julián Gómez Palonés, Francisco Morant Gimeno, Óscar Roset Balada, Melina Vega de Céniga, Rodrigo Rial. Protocolo y algoritmo de diagnóstico, tratamiento y derivación ágil de las úlceras de la extremidad inferior. *Angiología vol.75 no.2 Madrid mar./abr. 2023* Epub 01-Mayo-2023
12. Gloviczki P, Lawrence PF, Wasan SM, Meissner MH, Almeida J, Brown KR, Bush RL, Di Iorio M, Fish J, Fukaya E, Gloviczki ML, Hingorani A, Jayaraj A, Kolluri R, Murad MH, Obi AT, Ozsvath KJ, Singh MJ, Vayuvegula S, Welch HJ. The 2023 Society for Vascular Surgery, American Venous Forum, and American Vein and Lymphatic Society clinical practice guidelines for the management of varicose veins of the lower extremities. Part II: Endorsed by the Society of Interventional Radiology and the Society for Vascular Medicine. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2024 Jan;12(1):101670. doi: 10.1016/j.jvsv.2023.08.011. Epub 2023 Aug 29. Erratum in: *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2024 Sep;12(5):101923. doi: 10.1016/j.jvsv.2024.101923. PMID: 37652254.



RELACIÓN ENTRE LA ENFERMEDAD VENOSA CRÓNICA Y EL RIESGO VASCULAR

GRUPO DE TRABAJO DE RELACIÓN EVC Y RIESGO CARDIOVASCULAR

Miembros:

Ballesteros Ortega, Dolores

Feijoo Cano, Cristina

Pérez Ramírez, Paulina

Piera Carbonell, Ana

Rodríguez Padilla, Javier

Vega de Céniga, Melina

Coordinadores:

Rial Horcajo, Rodrigo

Álvarez Fernández, Javier

DATOS FUNDAMENTALES

Las enfermedades arteriales y venosas afectan a un órgano común, el endotelio, y comparten procesos fisiopatológicos comunes y factores de riesgo relacionados.¹

Determinadas situaciones patológicas (hipertensión venosa y arterial, dislipemia, diabetes, infecciones...) inducen una inflamación con estrés oxidativo del endotelio produciendo su disfunción.²

Se ha demostrado la existencia de una asociación entre la EVC y la patología arterial, que podría explicarse en parte por los factores de riesgo compartidos.³⁻⁷

Los pacientes con varices presentan riesgo aumentado de desarrollar enfermedad tromboembólica venosa (ETE).

Los pacientes con varices presentan riesgo aumentado de desarrollar enfermedad arterial periférica (EAP), con mayor riesgo en hombres que en mujeres.⁵

La insuficiencia venosa crónica (IVC) (C3-C6) se asocia a mayor riesgo previsto a 10 años de eventos cardiovasculares, independientemente de los factores de riesgo cardiovascular clásicos.⁵

La IVC (C3-C6) supone un predictor independiente de muerte por cualquier causa.⁵

La enfermedad cardiovascular incluye la enfermedad arterial periférica, la enfermedad coronaria y la enfermedad cerebrovascular.⁸

El tratamiento de la enfermedad cardiovascular tiene unos elementos comunes, que son: el control de los factores de riesgo cardiovascular con estatinas, antihipertensivos de la clase ARA II o IECAS, asociados o no a diuréticos tiazídicos, y antiagregación. En los pacientes que no logran los niveles lipídicos adecuados, a pesar de dosis de alta intensidad de estatinas, las guías de práctica clínica recomiendan la asociación de ezetimiba.⁸

La asociación entre la EVC y el riesgo cardiovascular es epidemiológica, aún no se ha encontrado una relación causa-efecto, pero en la fisiopatología de ambas patologías ejerce un importante papel la inflamación de la pared vascular, que podría ser clave en la interrelación de ambos tipos de patología vascular, y que precisa mayor investigación.^{1,2}

Los pacientes con EVC presentan el doble de prevalencia de diabetes mellitus que la población general.^{9,10}

La inflamación, la disfunción endotelial y el aumento de permeabilidad capilar se observan en la fisiopatología subyacente tanto de la EVC como de la diabetes mellitus.⁷

Parece recomendable realizar una búsqueda activa de factores de riesgo cardiovascular en todo paciente con EVC, tanto en atención primaria como hospitalaria, de cara a poder establecer medidas preventivas, mediante ajustes en el estilo de vida y la medicación, con el objetivo de reducir eventos y mortalidad cardiovascular, y de minimizar la progresión de la enfermedad.¹¹

Existen dos perfiles bien definidos de EVC:

- **Fase precoz (C0-C2):** Predominan los síntomas venosos, hay una baja prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV), y el riesgo cardiovascular (RCV) está levemente aumentado.
- **Fase avanzada (C3-C6):** Ya existe afectación cutánea, coexiste una alta prevalencia de FRCV, y el riesgo cardiovascular y de mortalidad están claramente aumentados.

NECESIDADES ENCONTRADAS EN RELACIÓN A EVC Y RIESGO CARDIOVASCULAR

Desconocimiento de los profesionales sanitarios de las últimas investigaciones y relaciones epidemiológicas entre la EVC y la patología arterial.

Hasta el momento no existen estudios para establecer una escala de riesgo cardiovascular en base a la EVC.

Tampoco se conoce si el tratamiento de la enfermedad venosa crónica, en todas las modalidades, conduciría a una disminución del riesgo cardiovascular.

RECOMENDACIONES ESTRATÉGICAS PARA LA RELACIÓN EVC Y RIESGO CARDIOVASCULAR

1. Información a los profesionales facultativos y farmacéuticos sobre las nuevas investigaciones entre EVC y RCV. La Farmacia Comunitaria, al igual que en la concienciación y el diagnóstico, es una parte fundamental en la detección de la EVC.
2. Promover un protocolo de detección de factores de riesgo cardiovasculares en pacientes con enfermedad venosa crónica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Augustin HG, Koh GY. A systems view of the vascular endothelium in health and disease. *Cell*. 2024 Sep 5;187(18):4833–4858. doi: 10.1016/j.cell.2024.07.012. PMID: 39241746.
2. Shaito A, Aramouni K, Assaf R, Parenti A, Orekhov A, Yazbi AE, Pintus G, Eid AH. Oxidative Stress-Induced Endothelial Dysfunction in Cardiovascular Diseases. *Front Biosci (Landmark Ed)*. 2022 Mar 18;27(3):105. doi: 10.31083/j.fbl2703105. PMID: 35345337.
3. Donadini MP, Calcaterra F, Romualdi E, Ciceri R, Cancellara A, Lodigiani C, Bacci M, Della Bella S, Ageno W, Mavilio D. The Link Between Venous and Arterial Thrombosis: Is There a Role for Endothelial Dysfunction? *Cells*. 2025 Jan 20;14(2):144. doi: 10.3390/cells14020144. PMID: 39851572; PMCID: PMC11763525.
4. Chang SL, Huang YL, Lee MC, Hu S, Hsiao YC, Chang SW, et al. Association of varicose veins with incident venous thromboembolism and peripheral artery disease. *JAMA* 2018;319(8):807–17
5. Prochaska JH, Arnold N, Falcke A, Kopp S, Schulz A, Buch G, et al. Chronic venous insufficiency, cardiovascular disease, and mortality: a population study. *Eur Heart J* 2021;42:4157–65
6. Singh TP, Velu RB, Quigley F, Golledge J. Association of chronic venous disease with major adverse cardiovascular events. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord* 2022;10(3):683–8
7. Gastaldi G, Pannier F, Roztocil K, Lugli M, Mansilha A, Haller H, et al. Chronic venous disease and diabetic microangiopathy: pathophysiology and commonalities. *Int Angiol* 2021;40:457–69
8. Aboyans V, Ricco JB, Bartelink MEL, Björck M, Brodmann M, Cohnert T, Collet JP, Czerny M, De Carlo M, Debus S, Espinola-Klein C, Kahan T, Kownator S, Mazzolai L, Naylor AR, Roffi M, Röther J, Sprynger M, Tendera M, Tepe G, Venermo M, Vlachopoulos C, Desormais I; ESC Scientific Document Group. 2017 ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS): Document covering atherosclerotic disease of extracranial carotid and vertebral, mesenteric, renal, upper and lower extremity arteries Endorsed by: the European Stroke Organization (ESO) The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). *Eur Heart J*. 2018 Mar 1;39(9):763–816. doi: 10.1093/eurheartj/ehx095. PMID: 28886620.
9. Prochaska JH, Arnold N, Falcke A, Kopp S, Schulz A, Buch G, Moll S, Panova-Noeva M, Jünger C, Eggebrecht L, Pfeiffer N, Beutel M, Binder H, Grabbe S, Lackner KJ, Ten Cate-Hoek A, Espinola-Klein C, Münzel T, Wild PS. Chronic venous insufficiency, cardiovascular disease, and mortality: a population study. *Eur Heart J*. 2021 Oct 21;42(40):4157–4165. doi: 10.1093/eurheartj/ehab495. PMID: 34387673.
10. Gastaldi G, Pannier F, Roztočil K, Lugli M, Mansilha A, Haller H, Rabe E, VAN Rijn MJ. Chronic venous disease and diabetic microangiopathy: pathophysiology and commonalities. *Int Angiol*. 2021 Dec;40(6):457–469. doi: 10.23736/S0392-9590.21.04664-2. Epub 2021 Sep 22. PMID: 34547884.
11. Ganesini S, De Luca L, Feodor T, Taha W, Bozkurt K, Lurie F. Cardiovascular Insights for the Appropriate Management of Chronic Venous Disease: A Narrative Review of Implications for the Use of Venoactive Drugs. *Adv Ther*. 2023 Dec;40(12):5137–5154. doi: 10.1007/s12325-023-02657-0. Epub 2023 Sep 28. PMID: 37768506; PMCID: PMC10611621.



TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS Y DIFERENCIAS EN EL MECANISMO DE ACCIÓN DE LA ENFERMEDAD VENOSA CRÓNICA

GRUPO DE TRABAJO DE TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS Y DIFERENCIAS EN EL MECANISMO DE ACCIÓN

Miembros:

Ballesteros Ortega, Dolores

Pérez Ramírez, Paulina

García Vallejo, Olga

Rodríguez Padilla, Javier

Vega de Céniga, Melina

Coordinadores:

Rial Horcajo, Rodrigo

Álvarez Fernández, Javier

DATOS FUNDAMENTALES

El tratamiento de la EVC se basa en disminuir la hipertensión venosa y tratar el daño endotelial secundario. La hipertensión venosa se reduce con cirugía y escleroterapia eliminando los puntos de fuga del sistema venoso al superficial. También se trata con terapia compresiva.¹

Los fármacos para el tratamiento del daño endotelial y la inflamación de la pared venosa en la EVC se denominan flebotónicos, venotónicos o fármacos venoactivos (VAD), este último siguiendo la terminología anglosajona. Para homogeneizar seguiremos esta última denominación, VAD, la más utilizada en la literatura médica.¹

Se engloban en este grupo de VAD fármacos heterogéneos con composiciones diferentes y mecanismo de acción distintos.¹

El tratamiento farmacológico de la EVC es considerado por la Administración Sanitaria como de utilidad terapéutica baja, motivo por el cual fueron desfinanciados en 2012² apoyándose en una revisión de la biblioteca Cochrane de 2005.³

Posteriores revisiones y actualizaciones de la biblioteca Cochrane, la última de 2020⁴, han puesto de manifiesto la eficacia en el control de los síntomas de la EVC, la re-

ducción del edema y la eficacia en el tratamiento coadyuvante en el cierre de la úlcera venosa.

Las características clínicas de la EVC hacen difícil obtener evidencia en el tratamiento farmacológico. La medición de los síntomas es compleja y subjetiva, motivo por el cual se tienen más evidencias en el edema y en la úlcera venosa.

La mayoría de las guías de práctica clínica recogen un alto grado de recomendación y un elevado nivel de evidencia para la utilización de los VAD.⁵⁻⁸

Los primeros estudios farmacológicos sobre el mecanismo de acción pusieron de manifiesto una inhibición de la enzima catecol-o-metil transferasa (enzima que degrada las catecolaminas en la pared venosa) prolongando el efecto de la noradrenalina y, por lo tanto, aumentando el tono venoso. Este mecanismo de acción fue el que dio nombre al grupo terapéutico.³

Algunos de ellos, en posteriores investigaciones, han demostrado un efecto antiinflamatorio y antioxidante del endotelio y la pared venosa, disminuyendo la adhesión leucocitaria endotelial y la permeabilidad capilar. El efecto farmacológico sobre el

daño endotelial y la inflamación es el principal responsable de la eficacia clínica sobre los síntomas y signos de la EVC de los VAD.⁵⁻⁸

No todos los fármacos VAD han demostrado la misma eficacia farmacológica ni han sido validados con estudios clínicos.⁵⁻⁸

El principal grupo terapéutico de VAD son los flavonoides. De forma genérica, la diosmina es la base farmacológica de muchos de ellos, pero como principio activo la diosmina no ha demostrado eficacia clínica.⁵⁻⁸

La fracción flavonoide purificada y micronizada (FFPM) es el fármaco más estudiado en la literatura, compuesto de diosmina micronizada y hesperidina. Ha demostrado un aumento de la contractilidad venosa, reducción de la adhesión leucocitaria endotelial, con mejora de la permeabilidad capilar, y reducción de los marcadores proinflamatorios en sangre periférica. Ha demostrado eficacia clínica en todos los estadios y manifestaciones de la EVC, incluida la cicatrización de la úlcera venosa (Tabla 1).

La oxerutina (genéricamente rutósidos) es el segundo fármaco más estudiado de la literatura. Ha demostrado reducción de la inflamación en la pared venosa. La eficacia clínica es sobre el edema y los síntomas de la EVC (Tabla 1).

La hidrosmina es un fármaco semisintético con base farmacológica de la diosmina (beta-hidroxietil-diosmina). Ha demostrado mejoría de los síntomas de la EVC. Solo dos estudios han sido recogidos en la revisión de la Cochrane^{3,4} (Tabla 1).

El ruscus es un fármaco con base farmacológica de las saponinas. Es agonista adrenérgico de los receptores alfa 1 y 2 del músculo liso. Habitualmente está comercializado en combinación con un flavonoide (Tabla 1).

Dobesilato de calcio es un fármaco sintético que ha demostrado reducción de la permeabilidad capilar, tiene un leve efecto

antiagregante y hemorreológico. No está autorizado en España para la EVC (se retiró por motivos de seguridad, casos de agranulocitosis). Solo está autorizado para retinopatía diabética⁹ (Tabla 1).

La sulodexida es un fármaco con efecto antitrombótico compuesto de heparan sulfato y dermatan sulfato, que tiene un efecto restaurador del glicocáliz, antiinflamatorio y normalizador de las metaloproteasas. Está recomendado en las guías de práctica clínica para el tratamiento coadyuvante en el cierre de la úlcera venosa y para la mejora de los síntomas relacionados de la EVC. Algunos expertos sugieren que debe ser considerado en un grupo terapéutico propio diferente a los VAD⁵⁻⁸ (Tabla 1).

Existen cremas de efecto frío para aliviar los síntomas, pero no han demostrado eficacia en guías.

NECESIDADES ENCONTRADAS EN TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS Y DIFERENCIAS EN EL MECANISMO DE ACCIÓN

En el mercado hay una gran cantidad de productos disponibles que afirman tener efectos sobre el sistema venoso-linfático sin que esto esté científicamente demostrado¹⁰ (los denominados complementos alimenticios como el castaño de indias, la vid roja, etc).

También existen copias de medicamentos que no se consideran genéricos, ya que no han demostrado ser intercambiables con el medicamento original.¹¹

Es obligatorio confiar en la evidencia y la investigación disponibles, así como en el asesoramiento y recomendaciones de mé-

dicos expertos (Tabla 2). Los Farmacéuticos comunitarios tienen un papel relevante en el asesoramiento sobre los fármacos no sujetos a prescripción médica.

El tratamiento farmacológico de la EVC está infrautilizado por la creencia de muchos profesionales sanitarios de que son fármacos de baja utilidad terapéutica. A esta falsa creencia, no desmontada por algunas de las sociedades científicas implicadas, se une que son fármacos no financiados.¹⁰

RECOMENDACIONES ESTRATÉGICAS PARA TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS Y DIFERENCIAS EN EL MECANISMO DE ACCIÓN

- 1.** Dar a conocer las guías de práctica clínica y sus recomendaciones terapéuticas entre los diferentes prescriptores.
- 2.** La recomendación y consejo farmacéutico fundamentado en la evidencia es esencial para el tratamiento médico de la EVC.
- 3.** La falta de financiación de los fármacos venoactivos no se sostiene desde el punto de vista científico. Es un agravio comparativo frente a otras enfermedades crónicas. Las industrias farmacéuticas, ayudadas por las Sociedades Científicas de Primaria, Cirugía Vascular y Farmacia, deberían elaborar un informe con la bibliografía pertinente y las recomendaciones de las guías de práctica clínica.

Tabla 1. Propiedades farmacológicas de las denominadas drogas venoactivas.

CATEGORÍA	Fármaco	PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS							
		Tono Venoso	Pared y válvulas venosas	Permeabilidad capilar	Drenaje linfático	Parámetros hemorreológicos	Captadores de radicales libres	Reacción inflamatoria	Función endotelial
Flavonoides (gamma-benzopironas)	Fracción flavonoide purificada micronizada	+	+	+	+	+	+	+	+
	Diosminas no micronizadas o sintéticas*								
	Oxerutinas (hidroxietilrutósidos)	+		+	+	+	+	+	
Saponinas	Extracto de Ruscus	+	+	+	+	+		+	
Productos sintéticos	Dobesilato de calcio**	+		+	+	+	+		
Antitrombóticos	Sulodexida			+				+	+
	Suplementos alimenticios***								
	Extracto de hoja de vid roja (<i>Vitis Vinifera</i>)***								
	Escina/extracto de castaño de indias								

Fuentes: Elaboración propia del CAE en base a las referencias 1, 5, 6, 7, 8.

*No existe información disponible en las guías de práctica clínica como principio activo genérico.

**Actualmente no posee ninguna indicación aprobada en Enfermedad Venosa Crónica en España.

***No están validados los estudios sobre las propiedades farmacológicas.

Tabla 2. Diferentes niveles de evidencia y recomendación de los fármacos venoactivos

CATEGORÍA	Fármaco	NIVELES DE RECOMENDACIÓN Y EVIDENCIA					
		Alivio de síntomas asociados con EVC en pacientes desde CEAP C0s a C6s y aquellos con edema (clase CEAP C3)			Cicatrización de úlceras venosas primarias (C6) en combinación con terapia compresiva y local		
		Recomendación de uso	Calidad evidencia	Nivel evidencia	Recomendación de uso	Calidad evidencia	Nivel evidencia
Flavonoides (gamma-benzopironas)	Fracción flavonoide purificada micronizada	Fuerte	Moderada	1B	Fuerte	Moderada	1B
	Diosminas no micronizadas o sintéticas*	Débil	Débil	2C	-	-	-
	Oxerutinas (hidroxietilrutósidos)	Débil	Moderada	2B	-	-	-
Saponinas	Extracto de Ruscus	Débil	Moderada	2B	-	-	-
Productos	Dobesilato de calcio**	Débil	Moderada	2B	-	-	-
Antitrombóticos	Sulodexida	Débil	Moderada	2B	Débil	Moderada	2B
	Suplementos alimenticios***						
	Extracto de hoja de vid roja (<i>Vitis Vinifera</i>)***						
	Escina/extracto de castaño de indias						

Fuentes: Elaboración propia del CAE en base a las referencias 1, 5, 6, 7, 8.

*No existe información disponible en las guías de práctica clínica como principio activo genérico.

**Actualmente no posee ninguna indicación aprobada en Enfermedad Venosa Crónica en España.

***Sustancias no validadas para poder dar una recomendación sobre la evidencia disponible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mansilha A, Sousa J. Pathophysiological Mechanisms of Chronic Venous Disease and Implications for Venoactive Drug Therapy. *Int J Mol Sci*. 2018 Jun 5;19(6):1669. doi: 10.3390/ijms19061669. PMID: 29874834; PMCID: PMC6032391.
2. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2012/04/20/16/con>
3. Martinez MJ, Bonfill X, Moreno RM, Vargas E, Capellà D. Phlebotonics for venous insufficiency. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Jul 20;(3):CD003229. doi: 10.1002/14651858.CD003229.pub2. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Apr 06;4:CD003229. doi: 10.1002/14651858.CD003229.pub3. PMID: 16034893.
4. Martinez-Zapata MJ, Vernooij RW, Simancas-Racines D, Uriona Tuma SM, Stein AT, Moreno Carriles RMM, Vargas E, Bonfill Cosp X. Phlebotonics for venous insufficiency. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Nov 3;11(11):CD003229. doi: 10.1002/14651858.CD003229.pub4. PMID: 33141449; PMCID: PMC8094625.
5. Miquel C, Rial R, Ballesteros MD, García-Madrid. C. "Guía de práctica clínica en enfermedad venosa crónica del Capítulo de Flebología y Linfología de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular". *Angiología*. 2015;68(1):55-62
6. De Maeseneer MG, Kakkos SK, Aherne T, Baekgaard N, Black S, Blomgren L, et al. European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2022 Clinical Practice Guidelines on the Management of Chronic Venous Disease of the Lower Limbs. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2022 Jan 10:S1078-5884(21)00979-5. doi: 10.1016/j.ejvs.2021.12.024. Epub ahead of print. PMID: 35027279.
7. Gloviczki P, Lawrence PF, Wasan SM, Meissner MH, Almeida J, Brown KR, Bush RL, et al. The 2023 Society for Vascular Surgery, American Venous Forum, and American Vein and Lymphatic Society clinical practice guidelines for the management of varicose veins of the lower extremities. Part II: Endorsed by the Society of Interventional Radiology and the Society for Vascular Medicine. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2024 Jan;12(1):101670. doi: 10.1016/j.jvsv.2023.08.011. Epub 2023 Aug 29. Erratum in: *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2024 Sep;12(5):101923. doi: 10.1016/j.jvsv.2024.101923. PMID: 37652254.
8. Nicolaides A, Kakkos S, Baekgaard N, Comerota A, de Maeseneer M, Eklof B, et al. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines According to Scientific Evidence. Part I. *Int Angiol*. 2018 Jun;37(3):181-254. doi: 10.23736/S0392-9590.18.03999-8. PMID: 29871479.
9. https://www.aemps.gob.es/informa/notasinformativas/medicamentososohumano-3/seguridad-1/2002/ni_2002-09_flebotonicos/
10. Ganesini S, Chi Y-W, Agüero C, Alqedrah D, Amore M, Barbat M, et al. Fake-news-free evidence-based communication for proper vein-lymphatic disease management. *Int Angiol [Internet]*. 2023;42(2):89-189. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.23736/S0392-9590.23.05044-7>
11. Hernández Chávez A. *Farmacología General. Una guía de estudio*. Capítulo 22. Disponible en: http://bibliosjd.org/wp-content/uploads/2017/02/Farmacologia-General-Una-Guia-de-Estudio-medilibros.com_.pdf. Último acceso: Marzo 2025



**EFICACIA,
CALIDAD DE VIDA
Y ADHERENCIA**

GRUPO DE TRABAJO DE EFICACIA, CALIDAD DE VIDA Y ADHERENCIA

Miembros:

Ballesteros Ortega, Dolores
Escudero Rivera, Irene
Feijoo Cano, Cristina
Peiró Morant, Juan
Pérez Ramírez, Paulina
Vega de Céniga, Melina

Coordinadores:

Rial Horcajo, Rodrigo
Álvarez Fernández, Javier

DATOS FUNDAMENTALES

La eficacia de un fármaco conduce a la mejora de los signos y síntomas de cualquier enfermedad crónica y es, por tanto, una pieza angular en la adherencia terapéutica.¹

La calidad de vida está unida íntimamente a la mejora de síntomas y signos, por lo que la eficacia terapéutica está en la base también de la mejora de la calidad de vida.^{2-4,17}

La terapia compresiva es el tratamiento no quirúrgico más eficaz para prevenir la progresión y aliviar los síntomas y signos de la enfermedad venosa crónica. Unida al tratamiento farmacológico, la eficacia en el alivio de signos y síntomas se incrementa.⁵⁻⁸

Todas las modalidades de terapia compresiva se han mostrado útiles en el alivio de los síntomas y signos de la EVC.⁵⁻⁸

A cada estadio clínico le corresponde una recomendación de terapia compresiva distinta en cuanto a clase o grado de compresión. A mayor clase CEAP, mayor clase de compresión y prendas más inelásticas.⁵⁻⁸

Los VADs han sido estudiados de diferente forma en diversos ensayos clínicos.⁵⁻⁸

Los bioflavonoides han sido los más estudiados. La FFPM ha sido el VAD más estudiado y ha acumulado la mayor evidencia de su eficacia en todos los signos y sínto-

mas de la EVC. Otros fármacos VAD como rutósidos, hidrosmina y dobesilato de calcio han demostrado eficacia en algunos de los síntomas y signos de la EVC.⁵⁻⁸

Un fármaco antitrombótico, la sulodexida, ha sido estudiado fundamentalmente en fases avanzadas de la EVC y, junto con FFPM, está recomendado en el tratamiento farmacológico de la úlcera venosa.⁵⁻⁸

Los fármacos validados en su eficacia por la comunidad científica, con recomendación en las guías de práctica clínica, deben ser los únicos prescritos y/o recomendados.⁵⁻⁹

La EVC es la enfermedad vascular más prevalente y en 2020 supuso el 2 % del gasto sanitario en Europa.¹⁰ Se prevé que la prevalencia de la EVC y otras enfermedades venosas aumente, dado el envejecimiento progresivo de la población y el incremento de otros factores de riesgo, como la obesidad.

Con la creciente prevalencia de enfermedades venosas, también se puede esperar que disminuya la calidad de vida en un número cada vez mayor de pacientes si el tratamiento no es el correcto.¹⁰⁻¹³

Aunque la clasificación CEAP no es una escala de gravedad venosa, la calidad de vida de los pacientes disminuye a medida que se avanza en el estadio clínico.¹⁰⁻¹³

La progresión entre los diferentes estadios clínicos es, en la mayoría de los casos, evitable con un correcto tratamiento: quirúrgico, terapia compresiva y/o tratamiento farmacológico.¹⁰⁻¹³

En los pacientes con úlceras venosas (CEAP C6), se sabe que las puntuaciones en las escalas de calidad de vida genéricas son comparables a las de los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva o enfermedad pulmonar crónica.¹⁰⁻¹³

El estadio evolutivo de la EVC influye en la adherencia terapéutica. En grados avanzados CEAP la adherencia es mayor.¹⁴

Es complejo determinar la adherencia a la terapia compresiva, porque existen varios tipos y diferentes clases de compresión.¹⁴

Con tratamiento farmacológico, en general, se logra una adherencia alta cuando la prescripción está realizada por un médico. Un estudio mostró que solo un 5 % cambiaba de VAD frente a la prescripción inicial.¹⁵

El precio del medicamento puede influir en la adherencia cuando los fármacos no están sujetos a prescripción y no están financiados.¹

El compromiso del profesional sanitario, explicando la patología y los beneficios del tratamiento prescrito o recomendado en la farmacia, son esenciales para conseguir la adherencia.^{1, 16}

NECESIDADES ENCONTRADAS EN EFICACIA, CALIDAD DE VIDA Y ADHERENCIA

La falta de adherencia a la medicación prescrita es uno de los grandes retos a los que nos enfrentamos en el manejo de enfermedades crónicas. La adherencia terapéutica debe ser un objetivo esencial del sistema sanitario, englobando a todos los agentes implicados en la salud del paciente.

Las fases avanzadas de la EVC, como las úlceras venosas, son de especial preocupación por el gran consumo de recursos y el deterioro de la calidad de vida del paciente.

La capacidad del profesional sanitario para identificar a pacientes propensos a la no adherencia continúa siendo inadecuada.

RECOMENDACIONES ESTRATÉGICAS PARA EFICACIA, CALIDAD DE VIDA Y ADHERENCIA

Realizar entre la Administración Sanitaria y los Profesionales Sanitarios un listado de fármacos venoactivos validados y recomendados en las guías de práctica clínica.

Identificar pacientes con bajo cumplimiento terapéutico es un reto. El diseño y la implementación de herramientas de cribado deben estar en los proyectos de las sociedades científicas relacionadas con el tratamiento de la EVC.

Campañas informativas enfocadas en mejorar la concienciación que tiene el paciente con su EVC, y sobre el pronóstico de la misma. Hacerle hincapié en la importancia que tiene la adherencia terapéutica, implicándole en su tratamiento para evitar la progresión y mejorar la calidad de vida.

La toma de decisiones compartidas entre el profesional sanitario y el paciente, con una misma argumentación de los profesionales sanitarios en los diferentes niveles: cirugía vascular, atención primaria y farmacia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo OAT Observatorio de la Salud S.L., Fundación Weber. Libro Blanco de la Adherencia en España [Internet]. Madrid: Grupo OAT y Fundación Weber; 2021. Disponible en: https://weber.org.es/wp-content/uploads/2023/02/17.20220404.Proy-Adher.LB_Version-digital-OK.pdf
2. Carradice D, Mazari FA, Samuel N, Allgar V, Hatfield J, Chetter IC. Modelling the effect of venous disease on quality of life. *Br J Surg*. 2011;98(8):1089–1098.
3. Smith JJ, Garratt AM, Guest M, Greenhalgh RM, Davies AH. Evaluating and improving health-related quality of life in patients with varicose veins. *J Vasc Surg*. 1999;30(4):710–719.
4. Shepherd AC, Gohel MS, Lim CS, Davies AH. A study to compare disease-specific quality of life with clinical anatomical and hemodynamic assessments in patients with varicose veins. *J Vasc Surg*. 2011;53(2):374–382.
5. Miquel C, Rial R, Ballesteros MD, García-Madrid C. "Guía de práctica clínica en enfermedad venosa crónica del Capítulo de Flebología y Linfología de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular". *Angiología*. 2015;68(1):55–62
6. De Maeseneer MG, Kakkos SK, Aherne T, Baekgaard N, Black S, Blomgren L, et al. European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2022 Clinical Practice Guidelines on the Management of Chronic Venous Disease of the Lower Limbs. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2022 Jan 10:S1078-5884(21)00979-5. doi: 10.1016/j.ejvs.2021.12.024. Epub ahead of print. PMID: 35027279.
7. Gloviczki P, Lawrence PF, Wasan SM, Meissner MH, Almeida J, Brown KR, Bush RL, et al. The 2023 Society for Vascular Surgery, American Venous Forum, and American Vein and Lymphatic Society clinical practice guidelines for the management of varicose veins of the lower extremities. Part II: Endorsed by the Society of Interventional Radiology and the Society for Vascular Medicine. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2024 Jan;12(1):101670. doi: 10.1016/j.jvsv.2023.08.011. Epub 2023 Aug 29. Erratum in: *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2024 Sep;12(5):101923. doi: 10.1016/j.jvsv.2024.101923. PMID: 37652254.
8. Nicolaides A, Kakkos S, Baekgaard N, Comerota A, de Maeseneer M, Eklof B, et al. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines According to Scientific Evidence. Part I. *Int Angiol*. 2018 Jun;37(3):181–254. doi: 10.23736/S0392-9590.18.03999-8. PMID: 29871479.
9. Giancesini S, Chi Y-W, Agüero C, Alqedrah D, Amore M, Barbati M, et al. Fake-news-free evidence-based communication for proper vein-lymphatic disease management. *Int Angiol* [Internet]. 2023;42(2):89–189. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.23736/S0392-9590.23.05044-7>
10. Onida S, Davies AH. Predicted burden of venous disease. *Phlebology*. 2016;31(1_suppl):74–79. doi:10.1177/0268355516628359
11. Hajat C, Stein E. The global burden of multiple chronic conditions: A narrative review. *Prev Med Rep*. 2018;12:284–93.
12. Davies AH. The Seriousness of Chronic Venous Disease: A Review of Real-World Evidence. *Adv Ther*. 2019;36 Suppl 1:5–12.
13. Nicolaides AN, Labropoulos N. Burden and Suffering in Chronic Venous Disease. *Adv Ther*. 2019;36 Suppl 1:1–4.
14. Ulloa JH, Lurie F, Santiago FR, Giancesini S, et al. Systematic literature review and expert meeting report on health-related quality of life in chronic venous disease. *Int Angiol* 2023;42(6):465–76.
15. Bogachev V, Arribas JMJ, Baila S, Dominguez JU, Walter J, Maharaj D, et al. Management and evaluation of treatment adherence and effectiveness in chronic venous disorders: results of the international study VEIN Act Program. *Drugs Ther Perspect* [Internet]. 2019;35(8):396–404
16. Prats Mas R, García Zaragoza E, Gil Girbau M, Murillo Fernández MD, Vázquez Valcuende J, Vergoñós Tomàs A. Dispensación, adherencia y uso adecuado del tratamiento: guía práctica para el farmacéutico comunitario. Barcelona: Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC); 2017. ISBN: 978-84-697-6252-3.
17. Santiago FR, Ulloa J, Régnier C, Peudon T, Braund E, Fradet-Aubignat C, et al. The impact of lower limb chronic venous disease on quality of life: patient and physician perspectives. *J Comp Eff Res*. 2022;11(11):787–801. doi:10.2217/ce-2022-0054.



ENFERMEDAD VENOSA CRÓNICA Y PATOLOGÍA HEMORROIDAL

GRUPO DE TRABAJO DE EVC Y PATOLOGÍA HEMORROIDAL

Miembros:

Escudero Rivera, Irene

García Vallejo, Olga

Peiró Morant, Juan

Piera Carbonell, Ana

DATOS FUNDAMENTALES

Existe un vínculo común entre la EVC y la enfermedad hemorroidal (EH), y tiene que ver con la congestión venosa. Ambas condiciones están relacionadas con un fracaso en el sistema venoso que lleva a la acumulación de sangre en el interior de las venas, a una hipertensión venosa mantenida, que provoca alteraciones inflamatorias y destrucción en la pared del endotelio venoso. La interferencia con el retorno venoso en los plexos hemorroidales internos y las venas safenas puede ser un mecanismo anatómico común.¹

La coexistencia de EH y EVC en más de la mitad de la población en todo el mundo destaca la importancia de realizar exámenes para detectar EVC en pacientes con diagnóstico de hemorroides, y viceversa, en particular cuando existen factores de riesgo asociados. El estudio CHORUS demostró que la coexistencia con EVC fue más frecuente a medida que aumentaba la gravedad de la EH, y la gravedad de la EVC se asoció fuertemente con la gravedad de las hemorroides.¹

La EH es una de las patologías anorrectales más frecuentes en la población general. Se estima que hasta un 5 % de la población presenta síntomas relacionados con esta patología. Se calcula que aproximadamente un 50 % de la población occidental presenta sintomatología hemorroidal alguna vez en su vida. Actualmente la prevalencia en España alcanza el 13 %.^{2,3}

La edad avanzada, los estadios más avanzados de EVC según la CEAP⁴, el estreñimiento, el índice de masa corporal elevado y el sexo masculino son factores que se asocian tanto con el grado de hemorroides como con la recurrencia. Entre las mujeres, los factores adicionales fueron el embarazo y el número de partos. La EH es una de las causas de consulta más frecuente por patología anorrectal en las consultas de atención primaria. Sin embargo, es importante destacar que muchos pacientes también acuden al mostrador de las farmacias en busca de una solución, a menudo sin haber consultado previamente con un médico. Una anamnesis completa que recoja antecedentes familiares y personales, con hábitos alimenticios e intestinales, junto a una historia actual detallada y un examen físico adecuado, deben preceder a cualquier otra intervención. Los médicos deben conocer estos factores de riesgo, ser proactivos al interrogar a los pacientes sobre los posibles síntomas de hemorroides, realizar los exámenes adecuados para evitar el infra diagnóstico y ayudar a frenar el continuum de la enfermedad venosa.¹

La mayoría de la EH se controla con tratamiento médico, que debe ser la piedra angular de nuestra atención, asociando medidas higiénico-dietéticas, medicación venotónica y tratamientos tópicos antiinflamatorios, proporcionando mejoría sintomática en el 80-90 % de los casos.^{2,3}

Entre los enfoques farmacológicos, los fármacos venoactivos pueden abordar las causas subyacentes tanto de las hemorroides sintomáticas como de la EVC, a través de sus efectos beneficiosos sobre el tono venoso, los procesos inflamatorios y la permeabilidad micro circulatoria. El uso temprano de dichos agentes puede desempeñar un papel en la prevención o el retraso del desarrollo y la recurrencia de los signos y síntomas hemorroidales y del continuum de la EVC.⁵

De entre los fármacos venoactivos, el más estudiado es la FFPM, que se puede usar como tratamiento de primera línea en todos los grados de la enfermedad hemorroidal, mejorando de forma significativa los síntomas como sangrado, secreción o prurito, y disminuyendo el riesgo de recurrencia. Mejoró la tasa de sangrado, trombosis, la puntuación de dolor y del edema de los puentes mucocutáneos, mejorando la percepción de los pacientes después de la cirugía.^{6,7}

En cuanto a los demás venoactivos disponibles no se han encontrado evidencias robustas que respalden su efectividad. La información disponible es heterogénea y de baja calidad.²⁻⁸

Entre los tratamientos tópicos se utilizan presentaciones con lubricantes, anestésicos locales (lidocaína, cincocaína), sucralfato, agentes esclerosantes (polidocanol) y/o corticosteroides (triamcinolona, prednisona). Estos tratamientos pueden aliviar los síntomas en las crisis agudas, pero deben ser usados en periodos breves de tiempo, los corticoides máximo 14 días. Además, se ha visto que no consiguen disminuir la rectorragia ni modificar la evolución de la enfermedad.^{2,3}

El uso de sucralfato podría mejorar la calidad de vida de los pacientes con EH, proporcionando un alivio rápido con un buen perfil de seguridad.⁹

Aquellos pacientes que no respondan al tratamiento médico deberán ser remitidos a Cirugía para valorar tratamiento instrumental y/o quirúrgico o escleroterapia si fuera necesario. El tratamiento quirúrgico ambulatorio de las hemorroides en estadio III-IV en combinación con la terapia flebotónica puede reducir el número de complicaciones postoperatorias y aumentar el grado de satisfacción de nuestros pacientes.^{2,3,10}

Desde los Equipos de Atención Primaria, es fundamental realizar una valoración adecuada y un estadiaje preciso de la EVC, así como de la posible presencia de la EH asociada. Esto nos permitirá elaborar un plan terapéutico consensuado con el paciente para abordar ambas patologías de una manera holística, lo cual facilitará la adherencia al tratamiento. Además, es importante consultar con el servicio de Cirugía en aquellos casos que cumplan con los criterios de derivación necesarios.

Desde Farmacia Comunitaria conviene reforzar el esquema terapéutico trazado, buscando una adecuada educación sanitaria que favorezca la adherencia y cumplimiento del tratamiento, reforzando el beneficio demostrado de la FFPM en frenar el continuum de la enfermedad venosa en sus diferentes manifestaciones y estadios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Godeberge P, Sheikh P, Zagriadskii E, Lohsiriwat V, Jalife Montaña J, Košorok P, et al. Hemorrhoidal disease and chronic venous insufficiency: Concomitance or coincidence; results of the CHORUS study (Chronic venous and Hemorrhoidal diseases evaluation and Scientific research). *J Gastroenterol Hepatol*. 2020 Apr;35(4):577–585.
2. Rivera Panizo I, Fontanillas Garmilla N, Parajo Calvo, A. Patología anorrectal para Medicina de Familia y Cirugía General ISBN: 978-84-09-53593 4.
3. Frías Vargas M, Fontanillas Garmilla N, Peiró Morant J, Rivera Panizo I. La enfermedad venosa y hemorroidal crónica. Recomendaciones prácticas para el médico de familia. CNC 2023-00099. Grupo de Vasculopatías y de Aparato Digestivo de SEMERGEN. ISBN 978-84-09-52133-3.
4. 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. *JVS-VL*. 2020;8:342–52, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvsv.2019.12.075>.
5. Lohsiriwat V, Sheikh P, Bandolon R, Ren DL, Roslani AC, Schaible K, Freitag A, Martin M, Yaltirik P, Godeberge P. Recurrence Rates and Pharmacological Treatment for Hemorrhoidal Disease: A Systematic Review. *Adv Ther*. 2023 Jan;40(1):117–132. doi: 10.1007/s12325-022-02351-7. Epub 2022 Nov 4. PMID: 36331754; PMCID: PMC9859842.
6. Fu H, Guo W, Zhou B, Liu Y, Gao Y, Li M. Efficacy and safety of micronized purified flavonoid fractions for the treatment of postoperative hemorrhoid complications: A systematic review and meta-analysis. *Phytomedicine*. 2022 Sep;104:154244. doi: 10.1016/j.phymed.2022.154244. Epub 2022 Jun 17. PMID: 35752073.
7. Medkova YS, Tulina I, Yudina V, Abdullaev R, Shcherbakova V, Novikov I, Nikonov A, Tsarkov P. Efficacy of Micronized Purified Flavonoid Fraction in the Posthemorrhoidectomy Period Trial: Open-Label Randomized Controlled Trial. *Dis Colon Rectum*. 2024 Jun 1;67(6):826–833. doi: 10.1097/DCR.0000000000003211. Epub 2024 Feb 21. PMID: 38380823.
8. Zagriadskii EA, Bogomazov AM, Golovko EB. Conservative treatment of hemorrhoids: Results of an observational multicenter study. *Adv Ther* [Internet]. 2018;35(11):1979–92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s12325-018-0794-x>.
9. Snopková M, Sukel' O, Micanko J. Effects of a sucralfate-containing ointment on quality of life and symptoms associated with hemorrhoidal disease: patient-reported results of a Slovakian, pharmacist-led observational survey. *Front Gastroenterol* [Internet]. 2023;2. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fgstr.2023.1213433>.
10. Belik BM, Kovalev AN Eficacia de los métodos mínimamente invasivos y quirúrgicos de tratamiento de hemorroides crónicas mediante flebotónicos. *Koloproktologia* . 2023;22(2):49–56. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-2-49-56>.



SERVIER 
moved by you