



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

Prevalencia de recidiva de varices en pacientes de 30 a 60 años con safenectomía en el hospital de especialidades Abel Gilbert Pontón durante el período 2018 – 2019.

AUTOR (ES):

**Garzón Lavayen Cindy Anabel
Mayorga Muñoz Cesar Mauricio**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
TÍTULO DE MÉDICO**

TUTOR:

Dr. Carlos Venegas Arteaga Md, Mgs

**Guayaquil, Ecuador
01 de septiembre del 2022**



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Garzón Lavayen, Cindy Anabel y Mayorga Muñoz, Cesar Mauricio**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTOR (A)

f. _____

MD. Venegas Arteaga Carlos Alfredo

Guayaquil, a los 01 del mes de septiembre del año 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Garzón Lavayen, Cindy Anabel**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de recidiva de varices en pacientes de 30 a 60 años con safenectomía en el hospital de especialidades Abel Gilbert Pontón durante el período 2018 – 2019**, previo a la obtención del título de **MÉDICO**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 01 del mes de septiembre del año 2022

LA AUTORA:

f. _____
Garzón Lavayen, Cindy Anabel



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Garzón Lavayen, Cindy Anabel**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de recidiva de varices en pacientes de 30 a 60 años con safenectomía en el hospital de especialidades Abel Gilbert Pontón durante el período 2018 – 2019**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 01 del mes de septiembre del año 2022

LA AUTORA:

f. _____
Garzón Lavayen, Cindy Anabel



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Mayorga Muñoz, Cesar Mauricio**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de recidiva de varices en pacientes de 30 a 60 años con safenectomía en el hospital de especialidades Abel Gilbert Pontón durante el período 2018 – 2019.** previo a la obtención del título de **MEDICO**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 01 del mes de septiembre del año 2022

EL AUTOR:

f. _____
Mayorga Muñoz, Cesar Mauricio



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Mayorga Muñoz, Cesar Mauricio**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de recidiva de varices en pacientes de 30 a 60 años con safenectomía en el hospital de especialidades Abel Gilbert Pontón durante el período 2018 – 2019**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 01 del mes de septiembre del año 2022

EL AUTOR:

f. _____
Mayorga Muñoz, Cesar Mauricio

REPORTE URKUND



Document Information

Analyzed document	P69 tesis Mayorga - Garzón .docx (D143270304)
Submitted	2022-08-26 02:41:00
Submitted by	
Submitter email	cindy.garzon@cu.ucsg.edu.ec
Similarity	2%
Analysis address	carlos.venegas01.ucsg@analysis.orkund.com

f. _____

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "C. Venegas", written over a horizontal line.

MD. Carlos Alfredo Venegas Arteaga

TUTOR

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, me gustaría agradecer a Dios, por darme la fuerza para no rendirme a lo largo de la carrera a pesar de todos los obstáculos que se fueron presentando en este camino. Agradezco a mi familia que siempre busco la manera de apoyarme en la realización de este trabajo investigativo y a lo largo de la carrera, y hacerme dar en cuenta lo que debo mejorar tanto en lo personal como en lo profesional.

Mayorga Muñoz Cesar Mauricio

Quiero expresar mi gratitud a Dios, que siempre ha estado presente con sus bendiciones y ha sido mi guía en el transcurso de mi vida, dándome paciencia y sabiduría para concluir con éxito mis metas propuestas. Agradezco a mis padres que siempre han estado a mi lado apoyándome incondicionalmente durante toda mi formación universitaria. Agradezco a mis docentes por compartir sus conocimientos e incentivar me a ser mejor y especialmente a mi tutor de tesis por su tiempo y paciencia brindada para la elaboración de este trabajo investigativo.

Garzón Lavayen Cindy Anabel

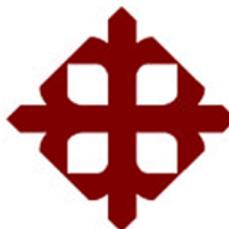
DEDICATORIA

Este logro va dedicado para cada una de las personas que formaron parte de mi vida a lo largo de todos retos que me puso esta increíble carrera. A mi madre que desde el extranjero me apoyo de todas las maneras posibles. A mi padre que supo darme su apoyo en los momentos que más lo necesitaba. Mis hermanos que experimentaron el día a día, entendiendo todos mis sacrificios. A mis amigas de la universidad con las cuales compartimos buenas y malas experiencias en toda nuestra formación.

Mayorga Muñoz, Cesar Mauricio

Dedico este trabajo a mis padres que me motivaron a seguir esforzándome a lo largo de mi carrera, a mis amigos que estuvieron conmigo durante todo este proceso de estudio dándonos apoyo mutuo en cada obstáculo que se presentó durante nuestra carrera.

Garzón Lavayen Cindy Anabel



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____
OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

CALIFICACIÓN

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	XV
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I	4
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.2 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS	4
1.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	4
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
1.3 HIPÓTESIS	4
1.4 JUSTIFICACIÓN	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1 EPIDEMIOLOGÍA	6
2.3 ANATOMÍA	7
<i>Figura 1. Esquema de Sistema Venoso Superficial, Profundo y de Perforantes.</i>	9
2.4 ETIOLOGÍA	9
2.5 FISIOPATOLOGÍA	9
2.6 CLASIFICACIÓN	10
<i>Figura 2. Clasificación de la CEAP</i>	15
2.7 PRESENTACIÓN CLÍNICA	15
2.8 DIAGNÓSTICO	16
2.8.1 ESTUDIOS DE IMAGEN.....	16
2.9 TRATAMIENTO	17
2.9.1 TRATAMIENTO CONSERVADOR.....	17
2.9.2 TERAPIA DE COMPRESIÓN	17
2.9.3 ELEVACIÓN DE LA PIERNA	18
2.9.4 PÉRDIDA DE PESO	18
2.9.5 TERAPIA FARMACOLÓGICA	18
2.9.6 TERAPIAS INTERVENCIONISTAS	19
2.9.7 ESCLEROTERAPIA	19
2.9.8 CIRUGÍA	20
2.10 PRONÓSTICO	24
2.11 ELASTOCOMPRESIÓN POSTERIOR A CIRUGÍA	24
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	25
3.1 METODOLOGÍA	25
3.1.2 Universo	25
3.1.6 Descripción de instrumentos, herramientas y procedimientos de investigación	26
3.1.7 Análisis estadístico	26
3.1.8 Aspectos éticos y legales	26
3.2 OPERALIZACIÓN DE VARIABLES	26
3.3 REPRESENTACIÓN ESTADÍSTICA DE RESULTADOS	28
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	42
4.1 CONCLUSIONES	42

4.2 RECOMENDACIONES	43
<i>BIBLIOGRAFÍA.....</i>	44

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución porcentual del género en pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía.	29
Tabla 2. Distribución porcentual del género en pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía que presentaron recidivas.	29
Tabla 3. Distribución porcentual de la autoidentificación étnica en pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía.	30
Tabla 4. Distribución porcentual de la autoidentificación étnica en pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía que presentaron recidivas.	31
Tabla 5. Distribución porcentual de hábitos sedentarios en pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía.....	31
Tabla 6. Distribución porcentual de hábitos sedentarios en pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía que presentaron recidivas.....	32
Tabla 7. Distribución porcentual de Índice de Masa corporal (IMC) en pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía.....	33
Tabla 8. Distribución porcentual de Índice de Masa corporal (IMC) en pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía que presentaron recidivas.	34
Tabla 9. Distribución porcentual del tiempo posoperatorio de presentación de recidiva en pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía.	35
Tabla 10. Distribución porcentual de la región anatómica de recidiva en pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía.....	36
Tabla 11. Distribución porcentual de la adherencia a elastocompresión en pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía.....	37
Tabla 12. Distribución porcentual de la clasificación de recidiva en pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía.	38

Tabla 13. Distribución porcentual de presentación de infección de sitio quirúrgico en pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía que presentaron recidivas. 39

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Esquema de Sistema Venoso Superficial, Profundo y de Perforantes..... 9
Figura 2. Clasificación de la CEAP 15

RESUMEN

La enfermedad venosa crónica (EVC) es un condición que prevalece y puede empeorar con la edad, provocando síntomas como dolor, pesadez e hinchazón en las piernas, esto termina afectando la calidad de vida del paciente. Aunque se tienen grandes avances respecto al tratamiento intervencionista existen diferentes estudios que reflejan una tasa de prevalencia de recidiva que oscila aproximadamente entre el 10 al 20 %. **Objetivo:** Estimar la Prevalencia de recidiva de varices en pacientes de 30 a 60 años con safenectomía en el hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón durante el período 2018 – 2019. **Diseño:** el presente diseño de estudio es observacional, descriptivo, retrospectivo y longitudinal. **Métodos:** se analizaron 442 pacientes que acudieron al área de consulta externa del Hospital de especialidades Abel Gilbert Pontón, con diagnóstico CIE-10 I872 Insuficiencia venosa crónica periférica y con indicación quirúrgica por hallazgo de eco doppler de insuficiencia severa de la vena safena interna especialmente del cayado durante el período 2018 – 2019. **Resultados:** En este estudio obtuvimos como resultado un predominio del sexo femenino con 57% de pacientes que fueron intervenidas por insuficiencia venosa crónica. De los 7 pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía que presentaron recidivas, 5 pacientes pertenecían al género masculino (71%). De los 7 pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía que presentaron recidivas, 4 pacientes (57%) tenían hábitos sedentarios. Con respecto a la adherencia a la elastocompresión, estas medidas fueron indicadas y usadas en el 100% de los 47 pacientes que se realizaron safenectomía durante el posoperatorio. Además, a todos los pacientes se les indicó esta terapia durante sus controles posteriores. A pesar de su uso continuo el 14% (7 pacientes) presentaron recidiva varicosa. **Conclusión:** La tasa de recurrencia de várices en extremidades inferiores en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el hospital de especialidades Abel Gilbert Pontón durante el período 2018 – 2019, fue de 14.8%, El uso de la terapia elastocompresiva en el 100% de pacientes intervenidos en este estudio parece indicar su no relación como factor protector para recidiva de varices, pero otros estudios relacionan el uso irregular de esta terapia como determinante en la aparición de recidiva varicosa, lo cual podría ser el caso de nuestro estudio, pero no se pudo demostrar debido a la falta de evidencia en la frecuencia de utilización de esta terapéutica.

Palabras Claves: Safenectomía, Insuficiencia venosa crónica, Elastocompresión, Varices, Recidiva, Sedentario.

ABSTRACT

Chronic venous disease (CVD) is a condition that prevails and can worsen with age, causing symptoms such as pain, heaviness and swelling in the legs, which ends up affecting the patient's quality of life. Although there have been great advances regarding interventional treatment, there are different studies that reflect a recurrence prevalence rate that ranges approximately between 10 to 20%. **Objective:** To estimate the prevalence of recurrence of varicose veins in patients aged 30 to 60 years with saphenectomy at the Abel Gilbert Pontón Specialty Hospital during the period 2018 - 2019. **Design:** the present study design is observational, descriptive, retrospective and longitudinal. **Methods:** 442 patients who attended the outpatient area of the Abel Gilbert Pontón Specialty Hospital, with a diagnosis of ICD-10 I872 Chronic Peripheral Venous Insufficiency and with a surgical indication due to Doppler echo finding of severe insufficiency of the internal saphenous vein, especially of the fallen during the period 2018 – 2019. **Results:** In this study we obtained as a result a predominance of the female sex with 57% of patients who were operated on for chronic venous insufficiency. Of the 7 patients treated for chronic venous insufficiency with saphenectomy who presented recurrences, 5 patients were male (71%). Of the 7 patients treated for chronic venous insufficiency with saphenectomy who presented recurrences, 4 patients (57%) had sedentary habits. Regarding adherence to elastocompression, these measures were indicated and used in 100% of the 47 patients who underwent saphenectomy during the postoperative period. In addition, all patients were indicated this therapy during their subsequent controls. Despite continuous use, 14% (7 patients) presented varicose recurrence. **Conclusion:** The recurrence rate of varicose veins in the lower extremities in patients undergoing surgery at the Abel Gilbert Pontón specialty hospital during the 2018-2019 period was 14.8%, the use of elastocompressive therapy in 100% of patients operated on in this study seems to indicate its non-relationship as a protective factor for varicose recurrence, but other studies relate the irregular use of this therapy as a determinant in the appearance of varicose recurrence, which could be the case in our study, but could not be demonstrated due to the lack of evidence on the frequency of use of this therapy.

Keywords: Safenectomy, Chronic venous insufficiency, Elastocompression, Varicose veins, Recurrence, Sedentary.

INTRODUCCIÓN

Aguilar et al. (1) describe los factores que contribuyen a la recidiva de enfermedad venosa crónica de miembros inferiores presentes en los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico previo, realizaron una metodología cuantitativa, observacional, transversal, descriptiva. Su población consistió de pacientes con diagnóstico y tratamiento quirúrgico previo de enfermedad venosa crónica que se hacen atender en el Hospital Naval General entre Enero 2018 y Diciembre 2020 por recidiva de la enfermedad. Recolectaron datos de 100 pacientes que presentaron recidiva de enfermedad venosa crónica de miembros inferiores posterior al tratamiento quirúrgico previo. Obtuvieron como resultado que el 79% de los pacientes tuvieron sexo femenino mientras que 21% fueron de sexo masculino, presentando un promedio de 58,10 años de edad y una desviación estándar de 14,204 años. En cuanto a las opciones terapéuticas, se han realizado importantes avances en las últimas décadas. En la actualidad, existen alternativas a la ligadura safenofemoral y la extracción de la gran vena safena, incluidas las técnicas de ablación térmica endovenosa. Sin embargo, la selección del tratamiento sigue dependiendo de muchos factores, como las circunstancias anatómicas individuales y el estadio de la enfermedad. Llegaron a la conclusión que cuatro de cada cinco pacientes tuvieron sexo femenino. Se presentó un promedio de 58,10 años de edad. Las comorbilidades más frecuentes fueron la hipertensión arterial sistémica y la diabetes mellitus tipo 2. Las intervenciones quirúrgicas más frecuentemente utilizadas fueron la escleroterapia y la safenectomía. Las venas varicosas recurrentes son un problema frecuente después de la cirugía, en pacientes con enfermedad venosa crónica. La prevalencia de recurrencia de venas varicosas varía según la serie de casos entre el 35% y el 65%. Como indicó Quiroz (2) al analizar los factores asociados a la recurrencia de venas varicosas en miembros inferiores, en los pacientes operados en el Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N° 1 en el año 2016, obtuvo los siguientes resultados: Sexo femenino (82,5%), adulto medio (62,3%), técnica convencional (85%), ablación por radiofrecuencia (15%), recurrencia (32,5%), más frecuente en hombres (49,2%), de entre 36 y 50 años (53,8%), con cirugía convencional (35,3%). Los factores que se relacionaron con la recurrencia de forma significativa fueron: el aumento de peso en el postoperatorio; el embarazo, la unión safeno femoral insuficiente y las venas perforantes insuficientes. En todos los casos, el valor de $p < 0,05$. Dando como

conclusión que la recurrencia de várices en miembros inferiores a los dos años de seguimiento, en los pacientes operados en el Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N° 1 en el año 2016, fue similar a la reportada en otros estudios, pudiendo variar está en relación al tamaño de muestra.

Como indicó Guerrero (3) al describir las indicaciones, técnica quirúrgica y complicaciones de safenectomía en adultos en el Hospital Vicente corral Moscoso agosto 2016 -septiembre 2019, donde se obtuvo como resultado que de las 237 historias clínicas el sexo femenino predominó sobre el masculino con 62,4% (n=148) con una edad media de 35-64 años con un 73,4%(n=174). Cabe destacar que dentro de las características clínicas predominó dificultad a la deambulacion con un 26,9% (n=184), seguido de venas varicosas con un 21.1% (n=133). Como complicación principal de acuerdo al tipo safenectomía realizada la infección con 13,2% (n=5) se evidenció en safenectomía interna bilateral. Se aprecia que la técnica quirúrgica más empleada es la safenectomía interna izquierda 87 (n=36,7).

Según el estudio realizado por Serván (4) para determinar si la safenectomía parcial es más efectiva que la safenectomía total en pacientes operados por várices. Realizó un estudio retrospectivo de cohorte. La población de estudio estuvo constituida por 107 pacientes operados por várices en el Hospital Militar Central durante el periodo enero – diciembre del 2017; de los cuales 43 fueron operados mediante safenectomía parcial y 56 por safenectomía total. Para el análisis estadístico se utilizaron las pruebas no paramétricas, estableciendo asociación significativa si p es menor a 0.5. El sexo masculino representó un 67%, el femenino 37%; la edad promedio fue de 58 años. En los resultados se encontraron diferencias significativas entre la presencia de complicaciones post operatorias (OR: 0,06; IC 95% [0,01-0,22]; p = 0,000), días de hospitalización (p= 0.001), que fueron mayores en el caso de las safenectomías totales. Así mismo, quienes se realizaron safenectomías totales 31 (48.4%), tuvieron lesión del nervio safeno como complicación (OR: 0.02; IC 95 % [0.00 - 0.19]; p = 0,000). No se encontraron diferencias significativas en cuanto a mejoría clínica por tipo de técnica quirúrgica. Se llegó a la conclusión que la safenectomía parcial ofrece una mayor efectividad en comparación con la safenectomía total al presentar similares resultados en cuanto a mejoría clínica con un menor riesgo de complicaciones y una menor estancia hospitalaria postoperatoria.

CAPÍTULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La recidiva de las venas varicosas después de la cirugía es un problema común, complejo y costoso en la cirugía vascular. A pesar de las mejoras en la evaluación preoperatoria y en los métodos de tratamiento. Por ende, es importante evidenciar la prevalencia de esta complicación postoperatoria y así demostrar su frecuencia en nuestro medio para tener una visión crítica de esta complicación.

1.2 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Estimar la Prevalencia de recidiva de varices en pacientes de 30 a 60 años con safenectomía en el hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón durante el período 2018 – 2019.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la población de estudio.
- Caracterizar la recidiva de varices posterior a safenectomía.
- Evidenciar adherencia a elastocompresion posterior a safenectomía.

1.3 HIPÓTESIS

Debido a que nuestro estudio es descriptivo no requiere hipótesis.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido a las várices como venas superficiales, cilíndricas o saculares, dilatadas anormalmente, que pueden ser circunscriptas o segmentarias, e incluye a las telangiectasias diminutas así como a las dilataciones amplias de los troncos venosos principales del sistema venoso superficial, safeno interno y externo.⁽⁵⁾

A pesar de los avances en el diagnóstico y las terapias mínimamente invasivas, se ha informado de recurrencia después del tratamiento de las venas varicosas en hasta el 80% de los pacientes. Las causas de recidiva son múltiples, ya que existen muchas variaciones anatómicas como doble safena corta, doble safena larga, neovascularización o trombosis venosa profunda preoperatoria. La cirugía incompleta sigue siendo una causa importante. La recidiva es una complicación evitable de una

cirugía primaria imperfecta. Por consiguiente es necesario un estudio de prevalencia de recidiva de varices en pacientes que se han realizado previamente esta cirugía, es una enfermedad crónica con elevada prevalencia, que requiere un estudio detallado desde el punto de vista epidemiológico.⁽⁶⁾

El estudio planteado tiene propuesto analizar las historias clínicas digitales de pacientes con safenectomía realizadas en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón que presenten recidivas durante los años 2018 – 2019, previa autorización del departamento de docencia e investigación del área hospitalaria se procedió a recopilar datos de los pacientes que cumplan con los criterios propuestos para así obtener un estudio detallado desde el punto de vista epidemiológico, podemos concluir que nuestro trabajo investigativo es viable y se cuenta con los recursos humanos, el tutor de tesis y los investigadores. Además, se dispone de los recursos materiales suficientes para llevar a cabo la investigación en el tiempo de 1 año para realizarla.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 EPIDEMIOLOGÍA

Las alteraciones crónicas del sistema venoso aparecen en hasta en el 50% de las personas. No obstante, estimaciones de tasas de prevalencia de la enfermedad venosa crónica (EVC) tienen variación de acuerdo con la población en estudio. Entre el 25-33% del sexo femenino y el 10-20% del sexo masculino tienen varices. La desigual prevalencia entre ambos sexos se puede relacionar con el comienzo precoz y con una longevidad aumentada del sexo femenino. En ambos sexos la prevalencia varicosa se incrementa con la edad. Además, las varices no tienen influencia en la mortalidad. La frecuencia en la población general está estimada aproximadamente en un 30% con predominancia en naciones occidentales. (11)

2.2 FACTORES DE RIESGO

Se han identificado varios factores de riesgo:

Edad: mientras progresa el envejecimiento, hay pérdida en la elasticidad de los tejidos de las paredes de las venas causando fallas en el sistema valvular.(12)

Sexo: Las mujeres poseen una mayor incidencia de enfermedad varicosa por las hormonas femeninas y su efecto en las paredes de las venas.(12)

Gestación, Alcohol, Tabaquismo.(12)

Obesidad: debido a una presión adicional sobre las venas, lo cual puede provocar la aparición de venas varicosas.(12)

Factor hereditario: este es predominante y si padres o abuelos tenían el problema, aumentara el riesgo de aparición de venas varicosas.(12)

Sedentarismo: Sentarse por largos periodos de tiempo puede exigir a las venas a trabajar más de lo normal para bombear sangre al corazón, en especial si las piernas están dobladas o cruzadas.(12)

Trauma físico: debido a daño de vasos sanguíneos subyacentes.(12)

Otros mencionados como factores de riesgo son considerados agravantes, por ejemplo, bipedestación prolongada, transportar cargas pesadas, vestimenta ajustada (cinturones, faldas o pantalones ajustados sobre todo a la cintura, fajas, corsés, botas ajustadas, etc. ya que cooperan al incremento de la presión intravenosa y desarrollo de várices), piernas cruzadas, uso de anticonceptivos, el calor y la práctica de algunos deportes que causan hipertensión súbita sobre las válvulas (tenis, piragüismo, halterofilia).(12)

Bipedestación prolongada: sobre todo en profesiones que conllevan a permanecer de pie por largos periodos de tiempo, debido a que generan un incremento de la presión

y volumen sanguíneo en las extremidades inferiores, por efectos propios de la gravedad.⁽¹²⁾

Cambios hormonales: Estos suceden en la pubertad, embarazo, menopausia y postmenopausia. Además, suceden durante el reemplazo hormonal y el uso de fármacos que contienen estrógeno y progesterona. Todos estos cambios pueden influir en la formación de venas varicosas. ⁽¹²⁾

2.3 ANATOMÍA

La pared de las venas está constituida por 3 túnicas, la externa o también llamada adventicia, la media y la interna o también llamada íntima. En el sistema venosa superficial, los troncos safenos poseen una capa muscular muy bien desarrollada. No obstante, sus colaterales pueden estar carente de ella. El aparato valvular, el cual tiene un papel primordial en la hemodinámica venosa de los miembros inferiores, es bicúspide, es decir las válvulas se cierran por contacto de su borde libre, lo cual evita el reflujo, y cuando hay circulación de la sangre, los bordes libres están flotando en el eje longitudinal de la luz venosa.⁽¹³⁾

A nivel de las extremidades inferiores, la red venosa se divide en 2 grandes sistemas: el profundo y superficial, los cuales están fusionados por venas comunicantes o perforantes con una ubicación variable, las cuales atraviesan las aponeurosis de los músculos. La red venosa superficial drena la sangre de los tejidos supraaponeuróticos y la dirigen a la red venosa profunda a través de 2 ejes venosos importantes: vena safena menor (VSMe) y la vena safena mayor (VSMa). La VSMa se localiza a nivel de la cara medial del miembro y la VSMe a nivel de la cara posterior de la pierna. Fisiológicamente la red venosa superficial drena el 10% de la sangre venosa total, en tanto la red venosa profunda drena el 90%. La VSMa y la VSMe tienen un origen a nivel de la unión del arco venoso dorsal

Venas superficiales: Red de venas subcutáneas y superficiales a la fascia muscular profunda, donde se incluye la VSMa y VSMe.⁽¹³⁾

Venas profundas: Red de venas situadas en lo profundo de la fascia muscular. Estas venas se localizan justo en el interior del músculo, es decir a nivel intramuscular, por ejemplo, en el gastrocnemio y el sóleo. También pueden localizarse entre los músculos, es decir a nivel intermuscular, estas venas siguen el trayecto de las arterias de las extremidades inferiores y son: vena tibial anterior, tibial posterior, poplítea, peronea, y femoral.⁽¹³⁾

Venas perforantes: estas venas comunican la red venosa profunda y superficial.

Determinantes del flujo venoso: principalmente 2₍₁₃₎

Las válvulas venosas: suelen ser bicúspides, estas válvulas conducen el flujo de distal a proximal y de la red superficial a la red profunda, exceptuando a nivel del pie, ya que el flujo se conduce desde la red profunda hasta la red superficial.⁽¹³⁾

La bomba venosa: consiste en el efecto de bomba de los músculos de las piernas sobre el flujo venoso debido al incremento de la presión subfascial sobre la presión hidrostática de la vena intramuscular. Esta diferencia de presión incrementa el flujo sanguíneo a partir del sistema venoso superficial hasta el sistema venoso profundo, drenando la piel y tejidos subcutáneos.

Figura 3. Esquema de Sistema Venoso Superficial, Profundo y de Perforantes.

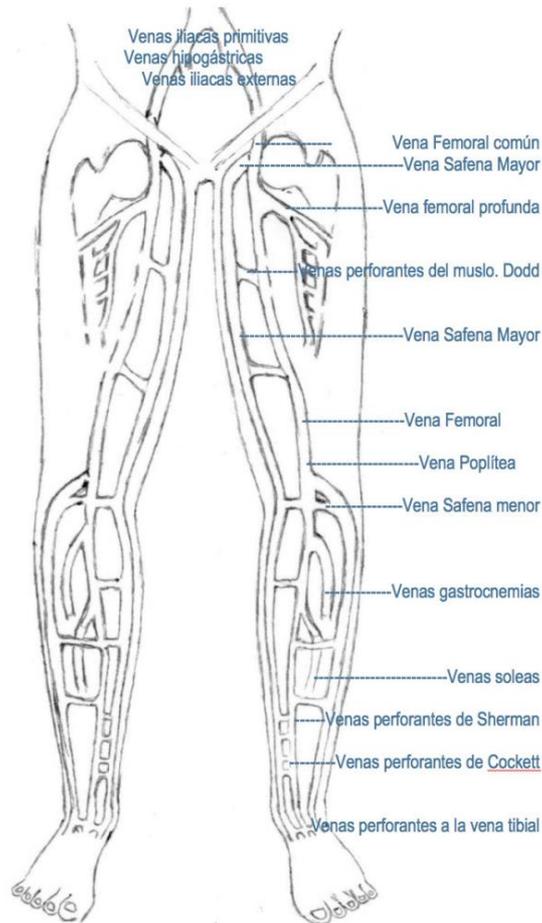


Figura 1. Esquema de Sistema Venoso Superficial, Profundo y de Perforantes.

Fuente: Correa MO. Guías para el tratamiento de insuficiencia venosa superficial. Bogotá: Septiembre de 2018. Esquema de Sistema Venoso Superficial, Profundo y de Perforantes.

La eficiencia de la bomba va a depender de la aparición de una contracción muscular apropiada y válvulas venosas eficientes. Las válvulas eficientes realizan 2 funciones fundamentales: impiden la transmisión de incrementos repentinos de presión venosa en venas superficiales y capilares en el transcurso de la contracción muscular y, al finalizar la contracción muscular, previenen el flujo retrógrado a la red superficial. Si este sistema funciona correctamente, la presión venosa ambulatoria en la red superficial se sostiene entre 20 y 30 mmHg. (13)

2.4 ETIOLOGÍA

La definición de varices consiste en venas subcutáneas palpables y dilatadas de diámetro generalmente superior a 4 mm, habitualmente relacionadas a insuficiencia de la VSMA, VSMe o venas perforantes. La insuficiencia de las venas safenas y la posterior manifestación de varices es debido a la disminución de la elasticidad de las paredes de estas venas y al daño valvular, este último de etiología desconocida, causando malfuncionamiento en la hemodinamia venosa de las extremidades inferiores y así una hipertensión venosa secundaria. (14)

La etiología de las venas varicosas consiste en: primaria, secundaria o congénita. Al hablar de etiología primaria, nos referimos a la presencia de un factor hereditario, es decir, una debilidad innata en la pared de vaso y sucede en algunos integrantes de la propia familia. Las venas varicosas de etiología secundaria suceden posterior traumatismos o trombosis venosa profunda. Las varices de etiología congénita suceden por trastornos en el desarrollo del sistema venoso, causado a malformaciones vasculares en el miembro, presente al nacer. (15)

2.5 FISIOPATOLOGÍA

Las venas varicosas pueden ser causadas por una alteración en la distensibilidad del tejido conectivo de la pared de la vena. Las venas de pacientes con venas varicosas tienen diferentes propiedades elásticas que las venas de pacientes sin venas varicosas.

El cociente colágeno I/colágeno III modificado, así como los fibroblastos dérmicos de estos pacientes, sugieren un origen genético.⁽¹¹⁾

La activación, adhesión y migración de leucocitos a través del endotelio, en respuesta a cambios de la tensión de cizallamiento, induce inflamación y posterior remodelación de la pared y la válvula venosas. La reducción de la tensión de cizallamiento también estimula la producción del factor de crecimiento tumoral 1 por parte de las células endoteliales activadas y las células musculares lisas, provocando migración de estas últimas células hacia la capa íntima y así su proliferación.⁽¹¹⁾

Los fibroblastos proliferan, sintetizan metaloproteinasas de la matriz (MMP) y su acción prevalece sobre la actividad de los inhibidores tisulares de metaloproteinasas (ITMP). El desequilibrio MMP/ITMP induce la descomposición de la elastina y el colágeno, lo que contribuye a la hipertrofia y atrofia de los segmentos venosos y, posteriormente, a la destrucción valvular que se observa en las venas varicosas. La remodelación de la pared de la vena y la distensión anormal de la misma impide que las válvulas se cierren adecuadamente, provocando el reflujo. ⁽¹¹⁾

Las venas varicosas de etiología primaria son causadas por una dilatación venosa y un daño valvular. Las venas varicosas de etiología secundaria son causadas por una trombosis venosa profunda (TVP). Que suele suceder por el reflujo de las venas perforantes por aumento de la presión. Las venas varicosas también pueden resultar del reflujo venoso a nivel pélvico en ausencia de incompetencia de las venas safenas. El reflujo retrogrado a las venas ováricas o pélvicas también puede estar asociado con síntomas y signos clínicos de congestión pélvica sin presentación clínica de várices en las extremidades inferiores. Este reflujo puede afectar a un solo segmento de los diferentes sistemas venosos superficiales (VSMa, VSMe o red no safena). La hipertensión venosa, aumenta la presión transmural en los vasos postcapilares, alterando los capilares cutáneos. A la larga, esto puede promover el desarrollo de complicaciones cutáneas y, en las últimas etapas de la enfermedad, úlceras. ⁽¹⁶⁾

2.6 CLASIFICACIÓN

Las venas varicosas se clasifican según la gravedad clínica, la etiología, la localización anatómica y la fisiopatología de la insuficiencia venosa. Una conferencia de consenso internacional inició la clasificación Clínica-Etiología-Anatomía-Fisiopatología (CEAP) para trastornos venosos crónicos con el fin de facilitar la comunicación entre expertos y la base para informes estandarizados en el análisis científico de las opciones de tratamiento.⁽¹⁵⁾

Componente "C" del CEAP: El espectro clínico de los trastornos venosos crónicos es muy amplio. Algunas personas con venas mínimamente dilatadas o venas varicosas sin quejas significativas y no encuentran preocupante la apariencia de sus venas. Otros encuentran que incluso las venas varicosas más pequeñas son cosméticamente problemáticas incluso sin síntomas.⁽¹⁵⁾

Los signos visibles de los trastornos venosos crónicos se clasifican como C0 a C6 según su apariencia. Los pacientes se clasifican además como asintomáticos o sintomáticos en función de la presencia de síntomas en los miembros inferiores, como malestar, dolor, sensibilidad, irritación de la piel, pesadez o calambres musculares. ⁽¹⁵⁾ Sin signos visibles o palpables de enfermedad venosa (C0): sin presencia de síntomas, es poco probable que pacientes sin signos visibles significativos de enfermedad venosa tengan una patología venosa. No obstante, los pacientes C0 pueden ser sintomáticos y además la oclusión venosa y/o el reflujo se pueden identificar con una prueba de diagnóstico venoso.⁽¹⁷⁾

Telangiectasias/venas reticulares (C1): Las telangiectasias son confluencias de vénulas intradérmicas dilatadas de menos de 1 mm de diámetro. Los sinónimos son telaraña de guiones, arañas vasculares y venas de hilo. Estas confluencias consisten en vasos sanguíneos rojos típicamente delgados menos de 0,2 mm que pueden aparecer después de tratamientos venosos (por ejemplo, tratamiento con láser, extirpación quirúrgica, escleroterapia). Las venas reticulares son venas subcutáneas azuladas dilatadas, de 1-3 mm de diámetro. Suelen ser tortuosas. Se excluyen las venas normalmente visibles en personas con piel fina y transparente. Los sinónimos son venas azules y venas varicosas subcutáneas.⁽¹⁷⁾

Venas varicosas (C2, C2r): Las venas varicosas son venas subcutáneas dilatadas de 3 mm o mayor. Pueden afectar la VSMa y VSMe, las colaterales de la vena safena o las venas no safenas superficiales de las piernas. Los sinónimos son varices y venas varicosidades. Las venas varicosas recurrentes (C2r) son aquellas que aparecen después de la cirugía y no estaban presentes antes de la cirugía.⁽¹⁷⁾

Edema (C3): el edema asociado con la enfermedad venosa crónica es causado por un aumento del volumen de líquido en la piel y el tejido subcutáneo y sangrará bajo presión. La inflamación de las extremidades inferiores por linfedema frecuentemente se confunde con una enfermedad de origen venoso. El edema simple relacionado con la presencia de enfermedad venosa generalmente ocurre en los tobillos y puede irradiarse hacia las piernas, pero con poca frecuencia hacia los pies y los dedos de los

pies, a diferencia de la linfedema. Además, el edema por enfermedad venosa sola suele desaparecer o mejorar significativamente por la noche mientras el paciente duerme (elevando las piernas), mientras que el linfedema es más molesto y muchas veces persistente y persiste por la mañana.⁽¹⁷⁾

Pigmentación o eccema (C4a): la pigmentación asociada con la enfermedad venosa es una afección característica de la piel de color marrón oscuro causada por el depósito de hemosiderina debido a la extravasación de glóbulos rojos. Generalmente ocurre en el área del tobillo, pero puede extenderse a la pierna más próxima o al pie.⁽¹⁷⁾

Lipodermatoesclerosis (C4b): inflamación crónica localizada y fibrosis de la piel y el tejido subcutáneo de la parte inferior de la pierna, ocasionalmente relacionada con cicatrización o contractura del tendón de Aquiles. En ocasiones está precedido por un edema inflamatorio difuso de la piel, que suele ser doloroso, denominado frecuentemente como hipodermatitis.⁽¹⁷⁾

Corona phlebectatica (C4c): la corona phlebectatica se define como una colección de forma circular, abanico o corona, de pequeñas venas intradérmicas no palpables a nivel medial o lateral del tobillo, que de vez en cuando se extiende hasta los pies. Es considerado por muchos un signo precoz de una enfermedad venosa subyacente más avanzada y se relaciona a mayor riesgo de úlceras venosas.⁽¹⁷⁾

Úlcera venosa curada (C5): Las úlceras venosas curadas también pueden manifestarse con atrofia de la piel con cambios de pigmentación.⁽¹⁷⁾

Úlcera venosa activa o recurrente (C6, C6r): las úlceras venosas activas (C6) son alteraciones del espesor total de la piel, más comúnmente en el área del tobillo, pero pueden estar diseminadas más proximalmente, también en forma circunferencial rodeando la parte distal a la mitad de la pantorrilla. Generalmente no se curan por sí solas, pero frecuentemente se pueden curar con la terapia adecuada y el cuidado de la herida. Una úlcera venosa recurrente (C6r) es la úlcera que aparece posterior a una curación completa.⁽¹⁷⁾

Etiología (Componente "E" de CEAP): Etiológicamente, un trastorno venoso se considera:

Primario (Ep): Un trastorno venoso primario se desarrolla de manera independiente a otras enfermedades. Representa la gran mayoría de casos de insuficiencia venosa crónica y frecuentemente se deben a una degeneración a nivel de la válvula o pared venosa y encamina a un reflujo valvular afectando a la VSMa y VSMc o sus ramas.⁽¹⁷⁾

Secundario (Es, Esi, Ese): trastorno venoso secundario que se forma como resultado de otra afección, como posterior a una trombosis venosa o traumatismos.⁽¹⁷⁾

Congénito (Ec): trastorno venoso congénito presente al nacer o que se sabe que se desarrolla en la infancia (p. ej., síndrome de Klippel-Trenaunay).⁽¹⁷⁾

Sin causa identificada (En): En estudios clínicos, si no se determinó origen de la enfermedad venosa.⁽¹⁷⁾

Etiologías combinadas: Posible etiología primaria y secundaria. Por ejemplo, un miembro puede tener venas varicosas primarias, luego desarrollar más venas varicosas o edema posterior a una trombosis venosa profunda, por cual debe clasificarse como Epsi.⁽¹⁷⁾

Anatomía (Componente "A" de CEAP): Las venas axiales del sistema venoso de las extremidades inferiores se dividen en sistema superficial y profundo. Las venas que atraviesan un mismo sistema (de lo superficial a lo superficial o de lo profundo a lo profundo) se llaman venas comunicantes. Las venas que comunican el sistema superficial con el profundo se llaman venas perforantes. La nomenclatura anatómica venosas de los miembros inferiores está estandarizada para eliminar términos confusos. 18 segmentos de venas con nombre se utilizan como localizadores patológicos y se dividen anatómicamente como venas superficiales (As), profundas (Ad), perforantes (Ap) y ubicación venosa no especificada (An).⁽¹⁷⁾

Sistema venoso superficial (As): Las venas superficiales se encuentran contenidas en el tejido subcutáneo de las extremidades inferiores, en el interior de un espacio superficial delimitado en profundidad por la fascia y por la dermis superficialmente. Donde las principales venas superficiales axiales de las extremidades inferiores son las VSMA y VSMe. Además, de estas venas existen otras venas superficiales de las extremidades inferiores con variable anatomía, estas son las accesorias anterior, posterior y superficial de la VSMA; la accesoria superficial de la VSMe; venas intersafenas (venas que comunican las VSMA y VSMe); y el sistema venoso lateral.⁽¹⁷⁾

Sistema venoso profundo (Ad): Las venas profundas de las extremidades inferiores están contenidas en compartimentos musculares profundos delimitados por la fascia. Las venas profundas de las extremidades inferiores se clasifican en intramusculares o intermusculares (ubicadas entre grupos musculares).⁽¹⁷⁾

Pierna: Las venas intermusculares de esta región son la vena poplítea y crurales (tibial anterior posterior y la peronea). Las venas intramusculares incluyen las venas del gastrocnemio y las venas del sóleo.⁽¹⁷⁾

Muslo: las venas intermusculares de esta región son las venas femoral, femoral profunda y femoral común. La vena femoral se junta en la parte inferior de la unión safenofemoral con la vena femoral profunda y así forma la vena femoral común.⁽¹⁷⁾

Pelvis: Las venas que drenan sangre de las extremidades inferiores son las venas pélvicas, estas al momento de estrecharse o trombosarse contribuyen de manera significativa al desarrollo de enfermedad venosa crónica. Las principales venas son las ilíacas externas, ilíacas internas y las ilíacas comunes.⁽¹⁷⁾

Venas perforantes (Ap): son venas que atraviesan o perforan la fascia para comunicar las venas superficiales con las profundas. Su localización es a nivel anterior, posterior, lateral y medial del muslo y pantorrilla. Su flujo normal es de superficial a profundo. No obstante, muchas de estas poseen flujo bidireccional. Si estas venas sufren de incompetencia, su flujo normal se altera, siendo de profundo a superficial. Clínicamente las venas perforantes con más significancia son las venas perforantes tibiales posteriores o perforantes de Cockett, las cuales conectan la vena del arco posterior con la tibial posterior.⁽¹⁷⁾

No se identifica ubicación anatómica venosa: si no se identifica la localización anatómica, se asigna (An).⁽¹⁷⁾

Fisiopatología (Componente "P" de CEAP): Este componente indica si hay presencia o no de reflujo venoso y/u obstrucción. Los sitios anatómicos específicos se deben informar bajo cada clase fisiopatológica (P) para así reconocer las localizaciones anatómicas correspondientes al grupo P.⁽¹⁷⁾

Reflujo venoso (Pr): Las alteraciones congénitas o daños por traumatismos/trombosis venosa en las válvulas pueden originar gran cantidad de niveles o grados de flujo retrógrado (>0,5 segundos de flujo inverso descubierto por ecografía dúplex) en el sistema venoso y se llama reflujo, este puede estar en secciones aisladas o en todo el trayecto de los sistemas venosos superficiales o profundos. El reflujo venoso profundo frecuentemente se relaciona con signos y síntomas clínicos de mayor gravedad, aunque por ejemplo la ulceración puede suceder de manera solitaria en casos de reflujo venoso superficial.⁽¹⁷⁾

Obstrucción venosa (Po): La trombosis venosa superficial o profunda obstruye e impide la circulación en el sistema venoso. Así las venas superficiales serán de mayor prominencia por desvío del retorno venoso alrededor de la obstrucción. Pero con el paso del tiempo puede degradarse y reabsorberse de manera total o parcial el trombo

agudo en el interior venoso; no obstante, puede resultar en obstrucción y reflujo porque el segmento de la vena y sus válvulas pueden llegar a sufrir un daño irremediable.⁽¹⁷⁾

Reflujo venoso y obstrucción (Pr,o): Si se encuentra reflujo y también obstrucción, se lo determina como (Pr,o).⁽¹⁷⁾

Sin fisiopatología venosa identificable: Si no se encuentra reflujo u obstrucción se determina como Pn. ⁽¹⁷⁾

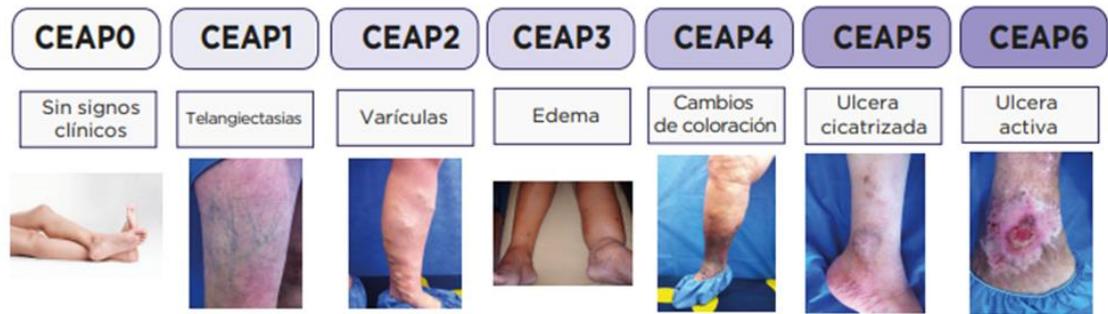


Figura 2. Clasificación de la CEAP

Fuente: Correa MO. Guías Para El Tratamiento de Insuficiencia Venosa Superficial. Bogotá: ASOVASCULAR, Septiembre de 2018. Clasificación de la CEAP

2.7 PRESENTACIÓN CLÍNICA

La clínica de las varices varia y puede haber pacientes asintomáticos. Los síntomas focales pueden ser unilaterales o bilaterales, estos son dolor, ardor, picazón y hormigueo focalizados en el sitio de la varice. Los síntomas generales incluyen dolor, pesadez, calambres, palpitaciones, inquietud e hinchazón de piernas. Los síntomas empeoran a menudo al final del día, generalmente posterior a estar de pie por largos periodos de tiempo, y frecuentemente desaparecen cuando el paciente se sienta y eleva las piernas. Las mujeres tienen una mayor disposición en comparación a los hombres para presentar sintomatología en extremidades inferiores. Los pacientes poseen mayores probabilidades de presentar síntomas y también que estos sean más graves cuando la clasificación clínica CEAP aumenta (C 0 a C 6).⁽¹⁴⁾

Es conocido que las varices pueden generar diversos niveles de incomodidad o problemas estéticos en los pacientes, pero raramente se relacionan a complicaciones de importancia. En signos de incompetencia vascular subyacente de mayor gravedad encontramos alteraciones en la coloración o pigmentación de la piel, infección,

tromboflebitis superficial, eczema, ulceración, pérdida de tejido subcutáneo y lipodermatoesclerosis, que como ya se ha mencionado anteriormente, consiste en un decrecimiento de la pierna a nivel inferior por inflamación crónica localizada, fibrosis de la piel y tejido subcutáneo. Raramente pueden presentarse casos significativos hemodinámicamente de hemorragia externa posterior a la perforación de una varice.

(14)

2.8 DIAGNÓSTICO

La evaluación de síntomas, factores de riesgos y hallazgos típicos del examen físico nos ayudan a dar un diagnóstico. Por medio de la inspección y palpación es importante fijarnos en el tamaño y distribución de las varices. Además, de la existencia y el patrón del edema, existencia de decoloraciones, excoriaciones o ulceraciones de la piel. También, la presencia varices del tobillo con forma abanico o corona phlebectatica (signo temprano de enfermedad venosa avanzada). De igual manera, la movilidad reducida del tobillo, atrofia blanca (zona redonda y blanca de tejido de tipo cicatricial rodeada de dilatados capilares) y la lipodermatoesclerosis ya que también son considerados signos de enfermedad venosa avanzada. Es importante tener en cuenta la ubicación de otras varices. Debido a que, varices perineales, inguinales o vulvares pueden relacionarse a ineficacia u obstrucción de las venas pélvicas, incluyendo la presencia de masas en abdomen, pelvis o riñones. (16)

2.8.1 ESTUDIOS DE IMAGEN

La ecografía dúplex venosa, en casos de patología venosa grave o cuando se considera terapia intervencionista, es la prueba de imagen de elección. Esta modalidad simple, no invasiva, indolora y de fácil disponibilidad nos ayuda a evaluar la anatomía y fisiología del sistema venoso de los miembros inferiores permitiéndonos un seguimiento para proporcionar información anatómica de las varices que se tratan y la recurrencia temprana. Por lo cual, nos permite determinar las uniones safenas incompetentes, a su vez nos brinda información sobre el diámetro de aquellas uniones, grado o extensión del reflujo, localización y el tamaño de otras perforantes con incompetencia. También nos ayuda en la evaluación de la trombosis venosa profunda oculta y aguda, de igual manera la tromboflebitis superficial. Esta prueba de imagen nos brinda imágenes a color de la estructura propia de las venas, siendo de gran ayuda en la detección de alteraciones. También, puede valorar la velocidad del flujo de la

sangre en arterias y venas. La definición de reflujo nos dice que es una duración del flujo retrogrado >500 milisegundos para el sistema venoso superficial o venas perforantes y >1000 milisegundos para el sistema venoso profundo. Otras pruebas de imágenes (TC, RM, venografía) se utilizan solo si la ecografía no brinda datos concluyentes o en casos más complejos.⁽¹⁴⁾

2.9 TRATAMIENTO

Entre las alternativas para el manejo de las varices se encuentra el conservador y las terapias intervencionistas, donde encontramos la ablación endovenosa, escleroterapia y cirugía. Los tratamientos intervencionistas se dividen en 2; el que tiene como objetivo tratar las várices, es decir la escleroterapia; y los que tienen como objetivo tratar el reflujo venoso, es decir la ablación endovenosa y la extirpación de la vena safena. Los síntomas y las preferencias del paciente son la base para la elección y decisión de continuar el tratamiento. Otras consideraciones a tener en cuenta son la presencia de complicaciones, el costo, disponibilidad de fondos, etc. Debido a esto, la extirpación quirúrgica y la obliteración de las varices frecuentemente se lleva a cabo por motivos estéticos. Indicaciones no cosméticas son las varices sintomáticas, es decir varices aunado a la presencia de dolor, pesadez, fatigabilidad, tromboflebitis superficial recurrente, hemorragia, etc. Otra indicación es la hipertensión venosa cuando hay desarrollo de alteraciones en piel o tejido subcutáneo como lipodermatoesclerosis, atrofia blanca, ulceración, hiperpigmentación, etc. ⁽¹⁴⁾

2.9.1 TRATAMIENTO CONSERVADOR

Existen varias alternativas conservadoras para tratar las varices, estas son la elevación de piernas, terapia de compresión, pérdida de peso y farmacoterapia.⁽¹⁸⁾

2.9.2 TERAPIA DE COMPRESIÓN

El uso de medias y compresión externa es una aceptable opción en lugar de la cirugía, pero a pesar de estas, el empeoramiento de los síntomas y hallazgos cutáneos a menudo requieren cirugía. En la actualidad se recomienda como terapia de primera línea no usar medias en pacientes candidatos a cirugía venosa definitiva o ablación. El uso de medias se justifica por el apoyo externo que generan, teniendo como objetivo vencer la estasis venosa en el interior de las venas. Pruebas de laboratorio reflejan mejoría en

microcirculación cutánea y velocidades del flujo venoso. Además, existen estudios clínicos sobre el uso de las medias de compresión que reflejan una mejoría de los síntomas, prevención y cicatrización de úlceras, inclusive en casos de enfermedad de tipo C5-C6.⁽¹⁸⁾

El uso de medias de compresión es la terapia conservadora de elección para los pacientes sin indicación de intervención venosa directa. Además, debe considerarse como terapia secundaria en pacientes con indicación de intervención de la vena safena, tales como cirugía con ligadura alta y extracción o ablación endovenosa.⁽¹⁸⁾

2.9.3 ELEVACIÓN DE LA PIERNA

Es una sencilla practica que puede aliviar los síntomas de las varices al fomentar en la pierna el retorno venoso con el apoyo de la gravedad. Para que esta maniobra tenga la efectividad deseada, la pierna afecta se debe elevar varias veces al día como mínimo 30 minutos por encima del nivel del corazón. Siendo de gran utilidad en pacientes de la tercera edad con problemas aun con el uso de las medias de compresión y que además posean una buena movilidad al momento de elevar las piernas de manera regular por sus propios medios.⁽¹⁸⁾

2.9.4 PÉRDIDA DE PESO

Gran cantidad de estudios epidemiológicos reflejan una asociación entre las varices y la obesidad. Estos aportan que fisiopatológicamente la relación de las varices con la obesidad tiene que ver con el incremento de la presión venosa de salida en venas de las piernas debido al incremento de la presión intraabdominal que padecen los obesos. Pese a que se necesita mas evidencia de alto nivel, los estudios aportan hallazgos sugeribles de que la pérdida de peso en obesos puede llegar a ser muy útil para la mejoría de la sintomatología varicosa.⁽¹⁸⁾

2.9.5 TERAPIA FARMACOLÓGICA

Gran cantidad de ensayos clínicos señalan que un conjunto diverso de medicamentos venoactivos pueden aportan beneficios a los pacientes con sintomatología varicosa, tales beneficios como mejoras en dolor, calambres, pesadez, piernas inquietas, sensación de hinchazón y parestesia. Se ha confirmado que la gran cantidad de fármacos estudiados incrementan el tono venoso por medio de mecanismos vinculados con el mejoramiento de la vía de la noradrenalina, incremento de la resistencia capilar y disminución del filtrado capilar. Se ha comprobado que la fracción flavonoide purificada y micronizada (FFPM) generan mejoría del flujo linfático, reducción de la

viscosidad sanguínea y reducción de la liberación de mediadores inflamatorios. También se ha comprobado que la FFPM aporta gran mejoría en la cicatrización de las ulceraciones venosas. De igual manera, se ha constatado que medicamentos como la escina, rutósidos, proantocinidinas y FFPM son eficaces en el tratamiento del edema en las piernas. Todos estos medicamentos mencionados deben ser considerados complementarios a otras terapias, tales como la compresión, escleroterapia y cirugía.

(18)

2.9.6 TERAPIAS INTERVENCIONISTAS

En el tratamiento dirigido a las varices se pueden utilizar diversos procedimientos más invasivos que tienen como objetivo final destruir o extirpar las varices. Los procedimientos invasivos que se pueden emplear son la escleroterapia, avulsión punzante, cirugía de venas y ablación endovenosa. Estos procedimientos, ya sea solos o en combinación, se pueden usar en pacientes bien seleccionados para liberarlos de varices.(19)

2.9.7 ESCLEROTERAPIA

Esta terapia intervencionista consiste en la inyección medicamentosa de un irritante local a nivel venoso para generar daño endotelial, fibrosis, inflamación, oclusión y como punto final la absorción de los vasos sanguíneos más pequeños de fuente no safena o venas residuales posteriores a la terapia del reflujo de la vena safena.(19)

Los esclerosantes frecuentemente empleados se clasifican de 2 grupos, agentes osmóticos y detergentes. Los osmóticos, tales como la solución salina hipertónica y el cloruro de sodio con dextrosa (Sclerodex), generan muerte celular debido a la deshidratación de células endoteliales por ósmosis, su principal uso es la oclusión de las venas más pequeñas. Entre los detergentes tenemos al tetradecil sulfato de sodio y el polidocanol, considerados los esclerosantes más fuertes, estos son utilizados para el manejo de las venas más grandes. La finalidad de estos detergentes es producir daño endotelial y trombosis venosa, a través de la desnaturalización de las proteínas de la superficie celular.

En esta terapia el uso de espuma, formada por la mezcla de un detergente esclerosante con aire o CO₂, extiende el tiempo de contacto entre el fármaco y la superficie endotelial. La producción de espuma mejora de manera significativa la potencia del detergente y permite el tratamiento de venas grandes. No obstante, hay una asociación

de mayor riesgo de flebitis debido a la potencia de la escleroterapia con espuma. Además, grandes volúmenes de espuma esclerosante pueden generar embolización en pulmones, cerebro y ojo. Muy raro, es que la escleroterapia con espuma genere dolor de pecho, alteraciones visuales y ACV.⁽¹⁹⁾

Esta terapia con espuma debe utilizar mínimos volúmenes y se debe realizar con guía ecográfica, para evitar complicaciones. Múltiples estudios demuestran lo exitoso que es el tratamiento del reflujo de la vena safena con escleroterapia. No obstante, existen ensayos clínicos aleatorizados grandes indican que, debido a una elevada tasa de recurrencia de varices, el éxito es muy inferior a la cirugía y ablación endovenosa.⁽¹⁹⁾

2.9.8 CIRUGÍA

Por mucho tiempo el tratamiento Gold standard para las varices ha sido la cirugía de las venas con ligadura alta y extirpación de la VS_{Ma} o VS_{Me} (Safenectomía) junto con la escisión o extirpación de las varices más grandes. Para la efectividad de este método, se necesita una clara visualización en la ecografía dúplex de la vena con reflujo ofensivo. Cuando el reflujo es a nivel de la VS_{Ma}, esta se retira de la unión safena-femoral (USF) a la altura de la ingle hasta por debajo de la rodilla. Cuando el reflujo es a nivel de la VS_{Me}, esta se retira de la fosa poplíteica hasta el segmento medio o inferior de la pantorrilla, lugar donde se originan las várices. Las varices más grandes o las perforantes que refluyen pueden extraerse simultáneamente, pero extraer a todas las venas causantes no es necesario, debido a que las venas restantes frecuentemente disminuyen su calibre posterior al retiro de la fuente subyacente de reflujo. Esta cirugía es un tratamiento muy efectivo en pacientes con varices. No obstante, se lleva a cabo mediante anestesia general o bloqueo regional, a su vez es considerado un procedimiento de día a día, con buena tolerancia en la mayoría de los pacientes. Generalmente se requiere en promedio de 1-2 semanas sin trabajar debido a la convalecencia. Un dato de importancia es que la cirugía en periodo de embarazo está totalmente contraindicada debido a que muchas varices del embarazo desaparecen de manera espontánea posterior al parto.^{(18) (20)}

Como recomendación inmediatamente posterior a la cirugía es importante la aplicación de un tratamiento de compresión con vendajes o medias durante al menos 1 semana. También, una movilización temprana. Además, para asegurar la efectividad al tratamiento se deberá realizar una exploración postoperatoria con ayuda de la ecografía dúplex.⁽²³⁾

Las contraindicaciones absolutas de la cirugía resectiva varicosa incluyen: trombosis venosa profunda, neoplasias de extremidades, graves procesos infecciosos, terapias concomitantes como radioterapia para neoplasia de piel y enfermedades linfáticas severas asociadas.(24)

Las contraindicaciones relativas de la cirugía resectiva varicosa incluyen: incapacidad para caminar, enfermedades metabólicas donde se indique aplicación de terapia continuada con corticoides, pacientes anticoagulados y descompensación cardíaca. (24)

Entre las complicaciones relacionadas a la cirugía venosa abierta se encuentran; la infección del sitio quirúrgico con una prevalencia del 1-2%, la trombosis venosa profunda con un prevalencia del 1%, sangrado secundario, hematoma con una prevalencia del 2%, alteraciones linfáticas como Fístula, quiste o linfedema con una prevalencia del 1-2%, y lesión del nervio sensorial como causa de parestesia con un prevalencia del 10-20%. Es importante que en aquellos pacientes que no puedan mantenerse lo necesariamente activos como para disminuir el riesgo de trombosis venosa profunda postoperatoria no se sometan a la cirugía. (18) (19) (23) (25)

Cuando hablamos de recidiva o recurrencia de varices, nos referimos a la aparición de varices en una región ya tratada previamente, de manera independiente al tratamiento que se utilizó previamente. La recidiva de varices posterior a la cirugía es en la actualidad uno de los mayores retos que tienen que afrontar los cirujanos vasculares. La tasa de prevalencia de recidiva varicosa es entre el 10-20%. La etiología y patogenia de la recidiva no está del todo clara. La recidiva varicosa sucede frecuentemente en los sitios a los alrededores de la USF y la unión safeno-poplítea (USP) y en venas perforantes. Embarazos múltiples y IMC elevado son considerados factores de riesgo para la recidiva varicosa. (20) (22) (23)

Existen 3 principales causas de recidiva varicosa posterior a la cirugía. En primer lugar, tenemos al manejo inicial inadecuado o incompleto, surgido por un error táctico debido al erróneo reconocimiento de todas las venas incompetentes o debido a la no realización de un tratamiento primario adecuado técnicamente, inclusive ante un correcto diagnóstico preoperatorio. En segundo lugar, tenemos a la progresión de la patología venosa resultando en la aparición de várices en venas normales previamente. En tercer lugar, tenemos la neovascularización, en la que surgen várices en el trayecto de venas previamente despojadas o ligadas. (22)

La neovascularización tiene que ver con el surgimiento de vasos sanguíneos nuevos. Estos vasos se forman por igual posterior a la cirugía convencional o endovenosa, aunque en estos casos es inferior, porque en estas intervenciones no hay derramamiento de células endoteliales, situación que puede influir probablemente en la neovascularización. Hay varias hipótesis sobre la aparición de la neovascularización, la más importante es hipoxia de la pared venosa. Donde la neovascularización surge por un estímulo angiogénico en el sitio cicatricial de la ligadura de la USF y a nivel de la extracción del tronco de la vena safena se da lugar la formación de nuevos vasos que se recanalizan con los troncos venosos residuales. Por lo cual explicado de otra forma todo puede ser debido a una contestación a la desconexión venosa, que debido a la hipoxia genera una activación endotelial y liberación de factores angiogénicos lo cuales generan una recanalización y endotelización a nivel del trayecto de la vena extraída. (21)

El manejo de la recidiva varicosa posterior a la cirugía o de otro tipo dependerá de la preferencia del cirujano, paciente y la extensión de la sintomatología. Hasta el momento no hay un acuerdo que explique cuál es la mejor terapia en recidivas. Posterior al tratamiento quirúrgico se ha definido como mejor opción la reintervención. (24)

Durante las últimas décadas han existido avances en los métodos terapéuticos que se utilizan en la patología varicosa, donde nuevas técnicas endovasculares son muy preferidas, inclusive, más que la terapia quirúrgica convencional. Todo esto debido a que son menos invasivas; se realizan en áreas de procedimientos, con anestesia local, son de forma ambulatoria y no necesitan reposo y se pueden incorporar de inmediato a sus actividades laborales normales. En países como Colombia y otros en Latinoamérica, la utilización de las técnicas quirúrgicas convencionales sigue siendo muy frecuente, en general debido a recursos limitados a nivel de las áreas de salud y el lento avance en la implementación de terapéuticas actuales, como las técnicas endovasculares, para un manejo más efectivo, por lo cual el uso a estas técnicas aun es muy limitado en la población general. (25)

2.9.8.1 Avulsión Punzante

Procedimiento quirúrgico dirigido a la extracción de las varices por medio de varias incisiones pequeñas, menores a 1 cm, con anestesia local. Siendo de mucha utilidad cuando la vena safena es competente y se necesite la resección de venas colaterales no troncales o venas residuales posterior a la safenectomía. De igual manera, es de

utilidad en pacientes con venas grandes o perforantes no adecuadas para la escleroterapia. De vez en cuando, se realiza este procedimiento en lugar de la extracción de la vena safena, con el objetivo de minimizar en pacientes frágiles el alcance de la cirugía. Teniendo en cuenta este contexto, este procedimiento es menos eficaz que la cirugía convencional y más propensa a la recidiva varicosa.⁽¹⁸⁾

2.9.8.2 Ablación endovenosa

Procedimiento empleado para cerrar las venas safenas y perforantes sin resecarlas, es mínimamente invasivo, se lo realiza guiado por ultrasonido y generalmente bajo anestesia local. Comienza con la inserción de un catéter pequeño, el cual atraviesa la vena safena con reflujo en su totalidad. Posteriormente, se aplican múltiples métodos de cierre de venas por medio del catéter, con el objetivo de cerrar la vena bajo guía ecográfica. En la actualidad, los procedimientos utilizados para el cierre venoso son la ablación con láser endovenoso (EVLA), por radiofrecuencia (RFA), mecánico-química (MOCA) y con n-butil-2 cianoacrilato (n-BCA). Los métodos basados en calor, EVLA y RFA, cauterizan interiormente la pared venosa. El método MOCA consigue el cierre venoso aplicando simultáneamente métodos mecánicos y químicos, donde se daña la pared venosa interna girando un alambre fino, y de manera simultánea se inyecta un agente esclerosante para causar trombosis venosa y así lograr el cierre venoso. El n-BCA consigue cierre venoso aplicando cianoacrilato (superpegamento) de uso médico. Todos estos métodos a su vez se subdividen según la necesidad o no de anestesia tumescente (TA), la cual logra anestesiar por completo la vena objetivo por medio de la inyección de anestesia local muy diluida en gran volumen. El uso de TA se requiere en EVLA y RFA debido al dolor que causa la aplicación de calor sobre la vena. No se requiere TA en MOCA y n-BCA, debido a que estos métodos no generan grandes molestias y solo se necesita anestesia en lugar de entrada del catéter.⁽¹⁸⁾

La cirugía con ligadura alta y extirpación sigue siendo el Gold standard para el tratamiento de las varices, ya que a largo plazo posee excelentes resultados anatómicos, los cuales no se superan por ninguna de las modalidades modernas. No obstante, los procedimientos endovenosos poseen varias ventajas, como el uso de anestesia local, retorno prematuro a las actividades normales, molestias peri-procedimiento disminuidas y mejoras en la apariencia estética. Los métodos de ablación endovenoso, sobre todo los que no necesitan TA pueden asociarse a corto plazo a una aumentada reducción de las molestias. ⁽¹⁸⁾

2.10 PRONÓSTICO

Las varices no tienen una cura definida, inclusive posterior a la extirpación quirúrgica, por lo cual es común la recidiva. No obstante, pacientes que presentan úlceras venosas poseen una elevada morbilidad y mala calidad de vida. Los coágulos en las venas superficiales muy rara vez se embolizan a diferencia del sistema venoso profundo, por lo cual, es raro el riesgo de embolia pulmonar. Las varices no tratadas poseen una mala estética y por esta razón la mayoría de las personas buscan tratamiento. (14)

2.11 ELASTOCOMPRESIÓN POSTERIOR A CIRUGÍA

El uso de apósitos de compresión posterior a procedimientos como ablación o quirúrgicos en las venas safenas, si proporcionan presiones > 20 mm Hg además del uso de almohadillas excéntricas que se colocan sobre la vena y proporcionan mayor reducción del dolor posoperatorio. (26)

En estudios realizados se ha evidenciado beneficios con el uso de terapia de compresión ya sea en forma de vendajes o medias inmediatamente después del tratamiento quirúrgico o intervencionista de venas varicosas, demostrando que esa compresión después de la escleroterapia reduce la formación de trombos y ayuda a prevenir la pigmentación al disminuir la inflamación y la angiogénesis. (27)

Se recomienda continuar el tratamiento de compresión posoperatoria después de una cirugía de extirpación durante al menos 1 semana. En casos que persisten los síntomas de insuficiencia venosa crónica a pesar de realizar tratamiento invasivo se debe seguir el tratamiento de compresión continuo. (27)

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 METODOLOGÍA

3.1.1 Diseño del estudio:

El presente diseño de estudio es observacional, descriptivo, retrospectivo y longitudinal. Realizado en 47 pacientes presentaron indicación quirúrgica por hallazgo de eco doppler de insuficiencia severa de la vena safena interna especialmente del cayado en el Hospital de especialidades Abel Gilbert Pontón durante el período 2018 – 2019.

3.1.2 Universo

El universo está conformado por 442 pacientes que acudieron al área de consulta externa del Hospital de especialidades Abel Gilbert Pontón, con diagnóstico CIE-10 I872 Insuficiencia venosa crónica periférica y con indicación quirúrgica por hallazgo de eco doppler de insuficiencia severa de la vena safena interna especialmente del cayado durante el período 2018 – 2019.

3.1.3 Población de estudio:

Nuestra población de estudio esta conformada por 47 pacientes masculinos y femeninos que se realizaron safenectomía y presentaron recidivas de varices en el área de consulta externa de cirugía vascular del Hospital De Especialidades Abel Gilbert Pontón durante el 1 de enero del 2018 al 31 de diciembre del 2019 y que registren historias clínicas completas con diagnóstico de CIE-10 (I872), además de exámenes complementarios y cumplimiento de criterios de inclusión y exclusión detallados posteriormente.

3.1.4 Criterios de inclusión:

1. Pacientes con historias clínicas completas.
2. Pacientes tratados quirúrgicamente con safenectomía.
3. Pacientes diagnosticados con recidiva durante los años 2018 – 2019.

3.1.5 Criterios de exclusión:

1. Historias clínicas incompletas.
2. Pacientes menores de 30 años y mayores de 60 años.

3.1.6 Descripción de instrumentos, herramientas y procedimientos de investigación

Se utilizó historias clínicas que registraran todos los datos necesarios, facilitando así el desarrollo de la investigación. Las variables que se consideraron para el cumplimiento de los objetivos son: género, etnia, sedentarismo, índice de masa corporal, tipos de safenectomía, tiempo de posoperatorio de presentación de recidiva, región anatómica de recidivas, adherencia a elastocompresión.

3.1.7 Análisis estadístico

Para el análisis de la información utilizamos el programa Microsoft Excel con el objetivo de tabular los datos y procesar el diseño de gráficos. Las variables categóricas fueron descritas mediante un conteo simple, y se las expresó en frecuencia y porcentajes. Para lograr determinar las diferencias entre los grupos establecidos, según sus variables cualitativas, se usó el test estadístico Chi cuadrado basado en su hipótesis.

3.1.8 Aspectos éticos y legales

Estudio aprobado por la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil y el área de docencia e investigación del Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”. La información que nos fue proporcionada se utilizó con absoluta confidencialidad con el objetivo de respetar el principio de individualidad de cada paciente. No se requirió el uso de consentimientos informados para la realización de nuestro estudio.

3.2 OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición conceptual.	Indicador.	Escala.
Género biológico.	Género del paciente	Genero biológico.	<ul style="list-style-type: none">• Masculino• Femenino
Etnia	Auto identificación etnica del paciente.	Etnia	<ul style="list-style-type: none">• Mestizo• Afroecuatoriano• Índigena• Montubios• Blancos• Otros

Sedentarismo	Falta de actividad física recreativa y	Sedentarismo.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No.
--------------	--	---------------	---

	deportiva menor a 150 minutos por semana.		
Índice de masa corporal.	Relación entre el peso y la talla del paciente al momento del diagnóstico de recidiva de varices.	Kg/m ²	<ul style="list-style-type: none"> • Menor a 18 • 18.5 a 24.9 • 25 a 29.9 • 30 a 34.9 • 35 a 39.9 • Mayor a 40
Tipos de safenectomía	Tipo de ablación de vena safena interna.	Tipo de ablación.	<ul style="list-style-type: none"> • Ablación quirúrgica. • Ablación térmica.
Tiempo de posoperatorio de presentación de recidiva.	Tiempo en años desde la administración de tratamiento hasta recidiva de la enfermedad	Tiempo en meses	<ul style="list-style-type: none"> • Menor a 6 meses. • Mayor a 6 meses.
Región anatómica de recidivas.	Región anatomía del miembro inferior presentación de recidiva con	Lugar anatómico	<ul style="list-style-type: none"> • Ingle • Muslo • Fosa poplitea • Pierna y pie • otro
Adherencia a elastocompresion.	Adhesión del paciente al uso de elastocompresion.	Uso de elastocompresion	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Clasificación de recidiva	Establecido por la clasificación ceap	Diagnóstico clínico y por eco doppler	<ul style="list-style-type: none"> • CEAP 1 • CEAP 2 • CEAP 3 • CEAP 4

			<ul style="list-style-type: none"> • CEAP 5 • CEAP 6
Infección de sitio quirúrgico	Hallazgos sugestivos de infección	Presentación clínica signos y síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No

3.3 REPRESENTACIÓN ESTADÍSTICA DE RESULTADOS

Se analizaron las características de 47 pacientes con diagnóstico de insuficiencia severa crónica intervenidos por safenectomía los cuales cumplieron criterios de inclusión y exclusión establecidos por el estudio y aportaron los siguientes resultados:

Nuestra población total está conformada por 47 pacientes intervenidos quirúrgicamente con diagnóstico de Insuficiencia venosa crónica durante el año 2018-2019 de los cuales 7 pacientes presentaron recidivas posterior a la cirugía, obteniendo como resultado una prevalencia de :

$$\frac{\text{Número existente de casos}}{\text{Población total}} = \frac{7}{47} = 0.148 \times 100 = 14.8\%$$

De los 47 pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía el género más frecuente fue el femenino con 27 pacientes (57%), mientras que el menos frecuente fue el masculino con 20 paciente (43%).

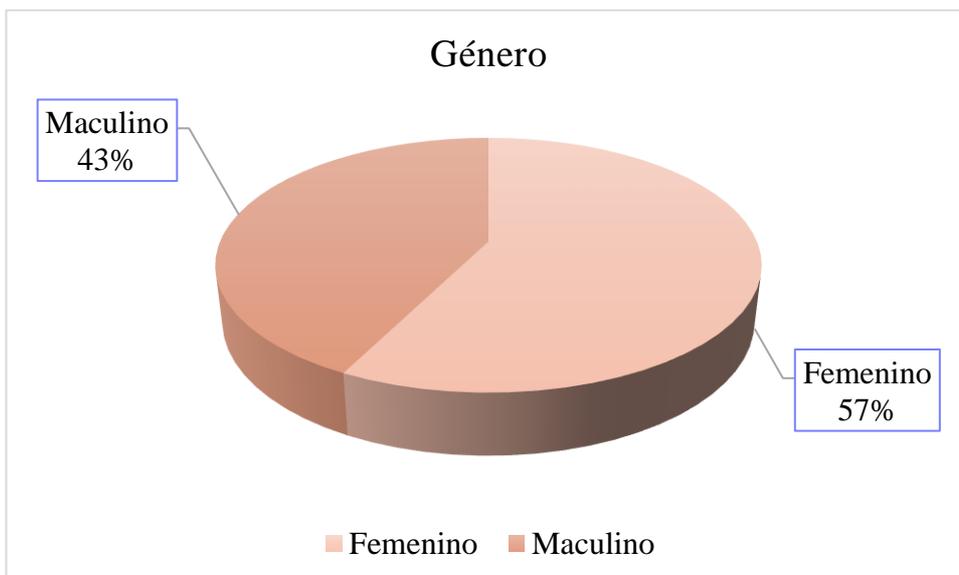


Tabla 1. Distribución porcentual del género en pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía.

Género	Frecuencia	Porcentaje (%)
Masculino	20	43%
Femenino	27	57%
Total	47	100%

De los 7 pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía que presentaron recidivas, 5 pacientes pertenecían al género masculino (71%) y solo 2 pacientes pertenecientes al femenino (29%).

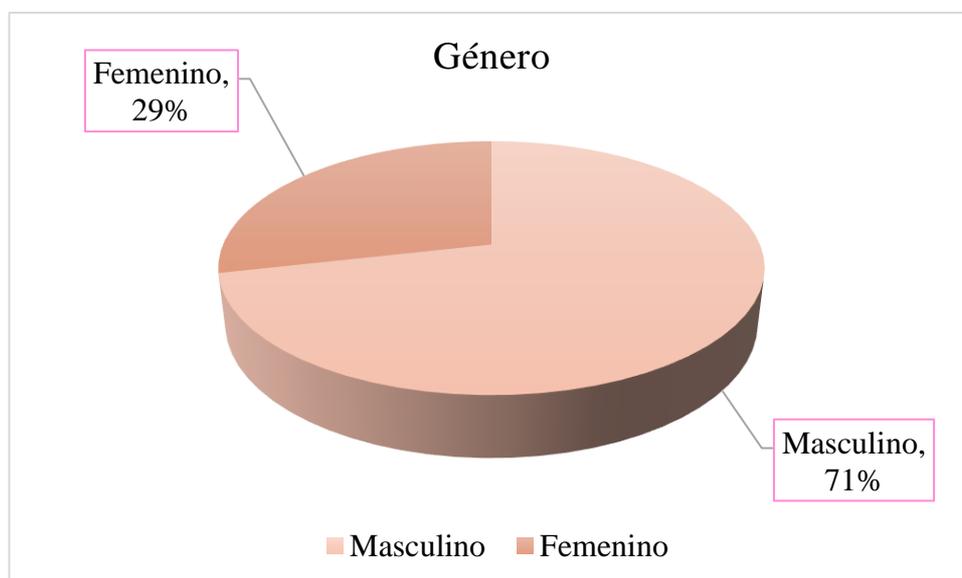


Tabla 2. Distribución porcentual del género en pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía que presentaron recidivas.

Género	Frecuencia	Porcentaje (%)
Masculino	5	71%
Femenino	2	29%
Total	7	100%

De los 47 pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía la autoidentificación étnica más frecuente fue mestiza con 45 pacientes (96%) y la menos

frecuente fue blanca con 2 pacientes (4%) no se evidenciaron en las historias clínicas autoidentificación afroecuatoriana, indígena, montubios u otra etnia.

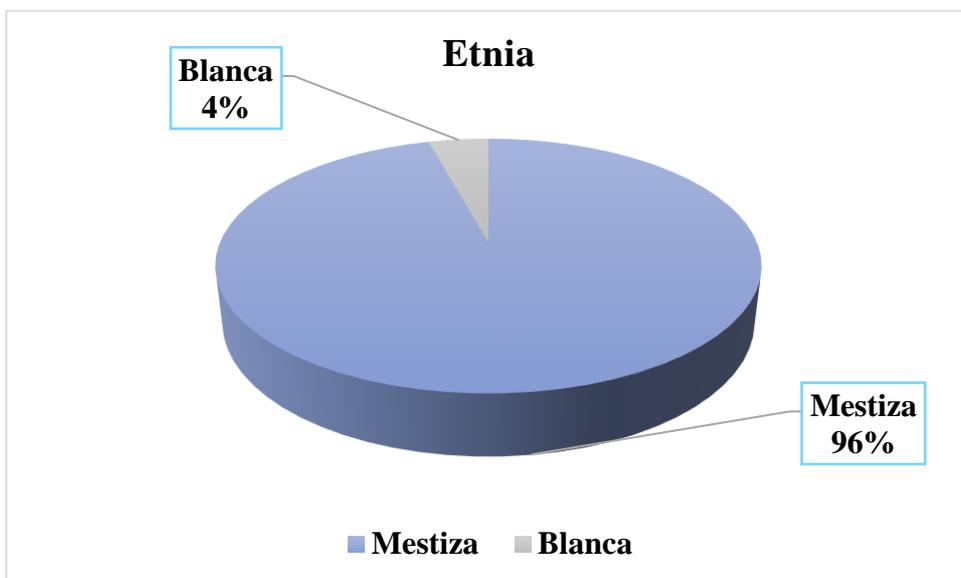


Tabla 3. Distribución porcentual de la autoidentificación étnica en pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía.

Etnia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Mestiza	45	96%
Blanca	2	4%
Total	47	100%

De los 7 pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía que presentaron recidivas, todos se autoidentificaban como mestizos (100%).

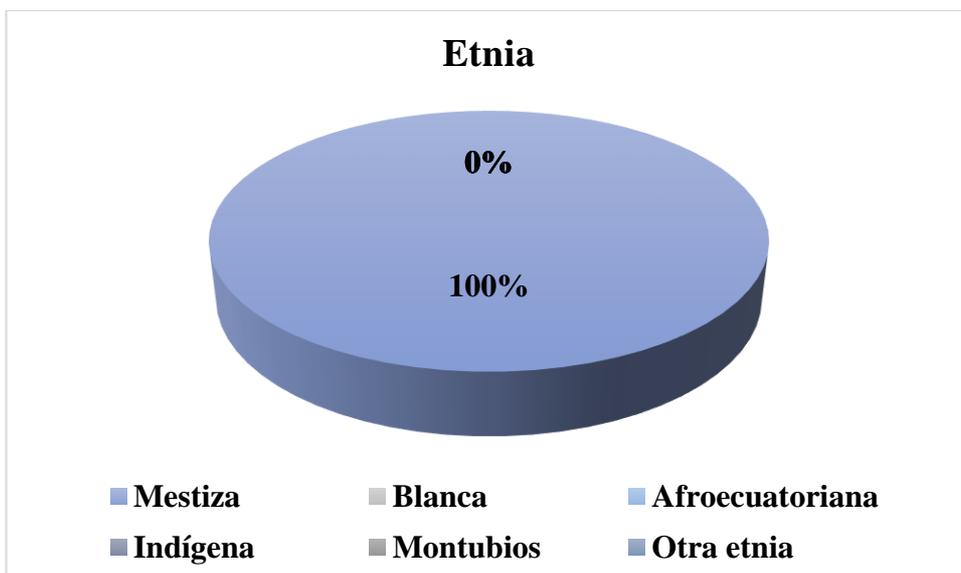


Tabla 4. Distribución porcentual de la autoidentificación étnica en pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía que presentaron recidivas.

Etnia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Mestiza	7	100%
Total	7	100%

De los 47 pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía, 19 pacientes (40%) no evidenciaron en historias clínicas hábitos sedentarios es decir realizaban actividad física en distinta frecuencia, mientras que 28 pacientes (60%) si evidenciaron hábitos sedentarios en historias clínicas.

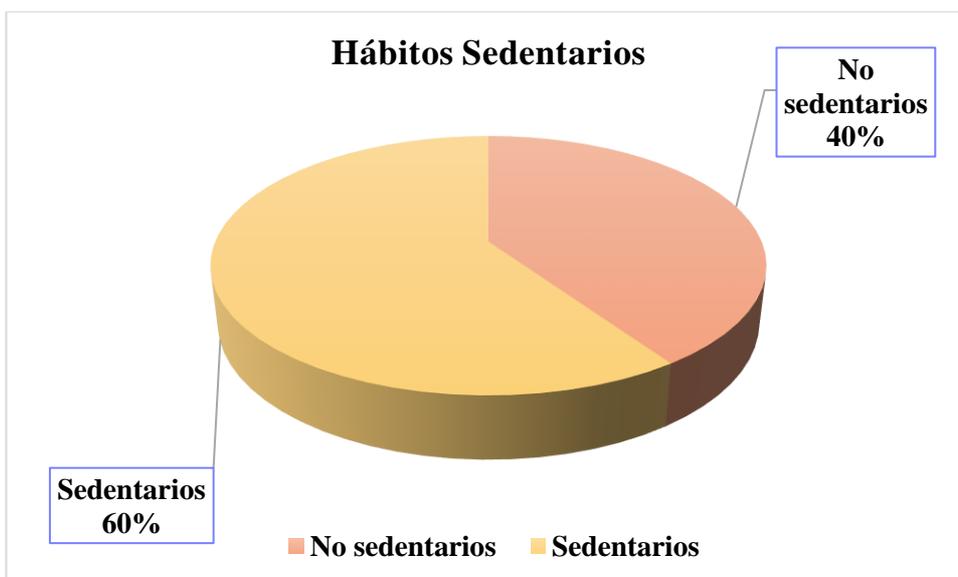


Tabla 5. Distribución porcentual de hábitos sedentarios en pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía.

Hábitos Sedentarios	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sedentarios	28	60%
No sedentarios	19	40%

Total	47	100%
--------------	----	------

De los 7 pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía que presentaron recidivas, 4 pacientes (57%) tenían hábitos sedentarios, mientras que 3 pacientes (43%) no tenían hábitos sedentarios.

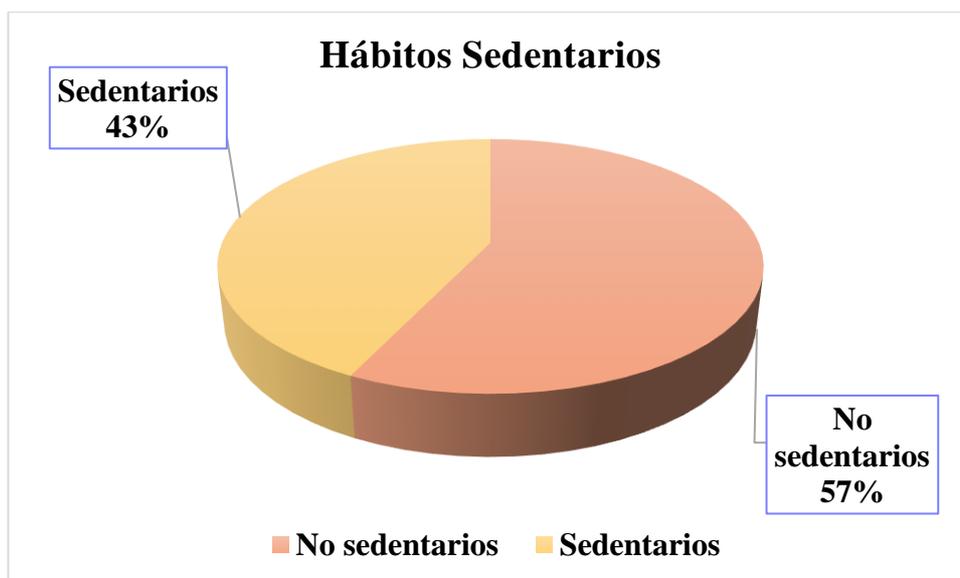


Tabla 6. Distribución porcentual de hábitos sedentarios en pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía que presentaron recidivas.

Hábitos Sedentarios	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sedentarios	4	57%
No sedentarios	3	43%
Total	7	100%

De los 47 pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía, el rango de IMC más frecuente fue de 30 a 34.9 (Obesidad grado 1) con 25 pacientes (53%), el rango subsecuente fue de 25 a 29.9 (sobrepeso) con 16 pacientes (34%), así sucesivamente el rango de 18.5 a 24.9 (Normopeso) con 5 pacientes (11%) y el rango mayor a 40 (obesidad grado 3) presento 1 paciente (2%). No se encontraron pacientes en rangos menor a 18 (Bajo peso) y 35 a 39.9 (obesidad grado 2)

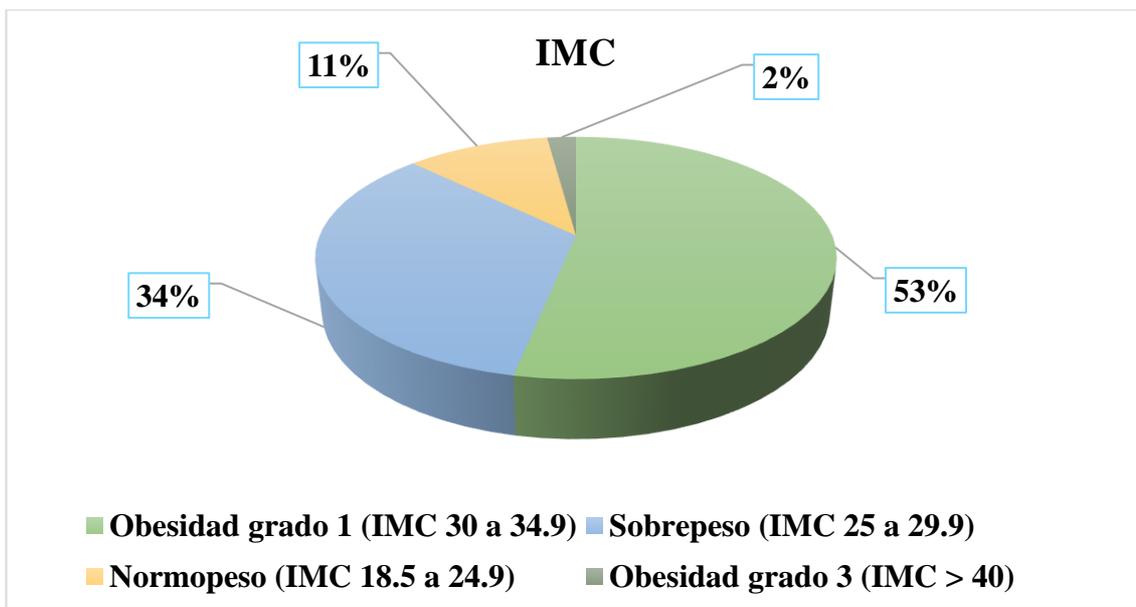


Tabla 7. Distribución porcentual de Índice de Masa corporal (IMC) en pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía.

Índice de Masa corporal (IMC)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Obesidad grado 1 (IMC 30 a 34.9)	25	53%
Sobrepeso (25 a 29.9)	16	34%
Normopeso	5	11%
Obesidad grado 3 (mayor a 40)	1	2%
Total	47	100%

De los 7 pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía que presentaron recidivas, 4 pacientes (57%) se encontraban el rango 30 a 34.9 (Obesidad grado 1), 2 pacientes (29%) en el rango 25 a 29.9 (sobrepeso) y 1 paciente (14%) en el rango 18.5 a 24.9 (Normopeso)

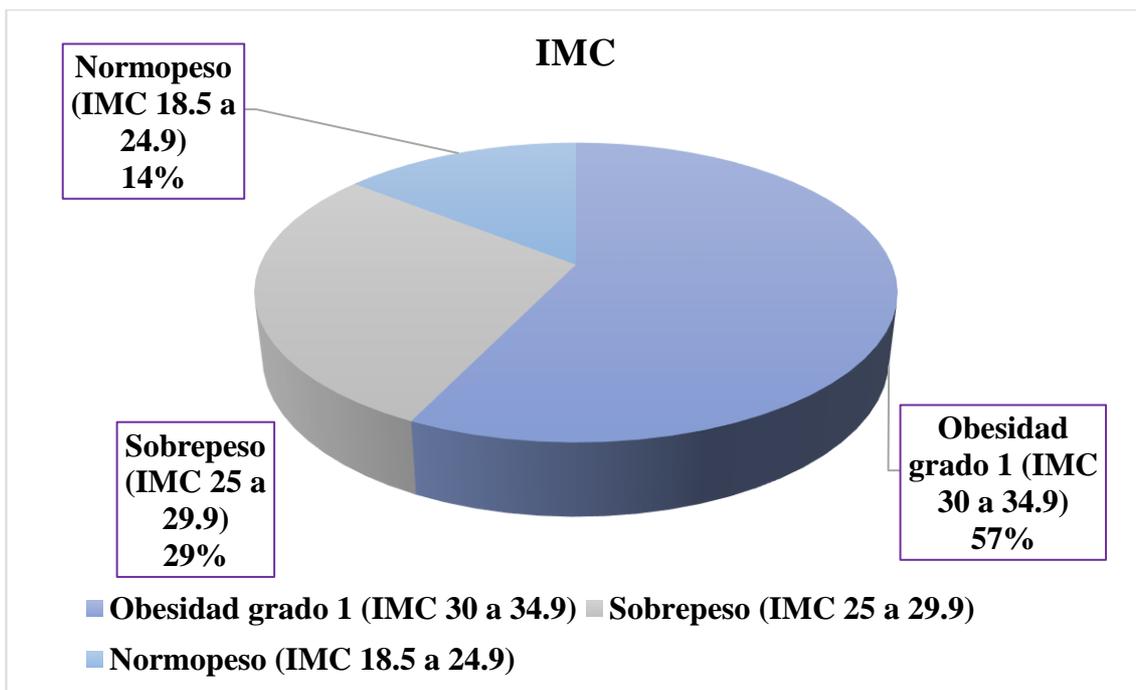


Tabla 8. Distribución porcentual de Índice de Masa corporal (IMC) en pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía que presentaron recidivas.

Índice de Masa corporal (IMC)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Obesidad grado 1 (IMC 30 a 34.9)	4	57%
Sobrepeso (25 a 29.9)	2	29%
Normopeso	1	14%
Total	7	100%

De los 47 pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía, en 47 pacientes (100%) la ablación de la vena safena interna fue por ablación quirúrgica.

Tiempo de posoperatorio de presentación de recidiva:

De los 7 pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía que presentaron recidivas, 5 pacientes (71%) presentaron recidivas posteriores a los 6 meses, mientras que 2 pacientes (29%) presentaron recidiva antes de los 6 meses.



Tabla 9. Distribución porcentual del tiempo posoperatorio de presentación de recidiva en pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía.

Tiempo de posoperatorio de presentación de recidiva	Frecuencia de	Porcentaje (%)
Recidivas posteriores a los 6 meses	5	71%
Recidiva antes de los 6 meses	2	29%
Total	7	100%

Región anatómica de recidiva:

De los 7 pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía que presentaron recidivas, la región anatómica del miembro inferior más frecuente de presentación de recidiva fue la pierna y pie con un total de 5 pacientes (71%), mientras que la región anatómica fosa poplítea presentó 1 paciente (14%) y la región muslo 1 paciente (14%). No se presentaron recidivas en la región de la ingle o alguna otra región.

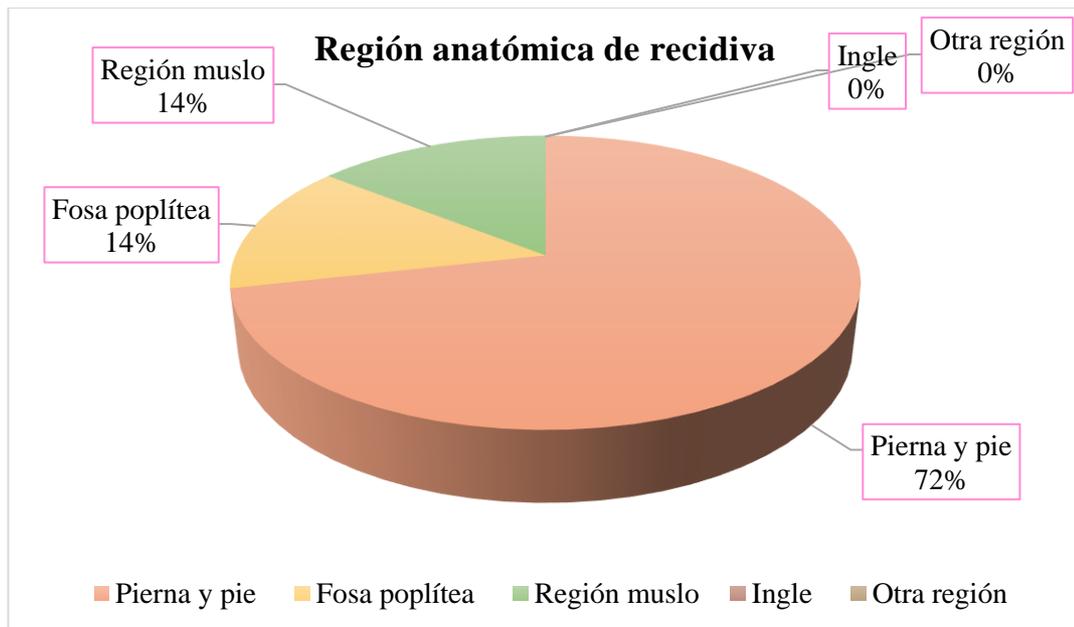


Tabla 10. Distribución porcentual de la región anatómica de recidiva en pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía.

Región anatómica de recidiva	Frecuencia	Porcentaje (%)
Pierna y pie	5	71%
Fosa poplítea	1	14%
Muslo	1	14%
Inlge	0	0%
Otra región	0	0%
Total	7	100%

Con respecto a la adherencia a la elastocompresión, estas medidas fueron indicadas y usadas en el 100% de los 47 pacientes que se realizaron safenectomía durante el posoperatorio. Además, a todos los pacientes se les indicó esta terapia durante sus controles posteriores. A pesar de su uso continuo el 14% (7 pacientes) presentaron recidiva varicosa. En pacientes reintervenidos se volvió a indicar el uso continuo de la terapia de elastocompresiva en controles posteriores.

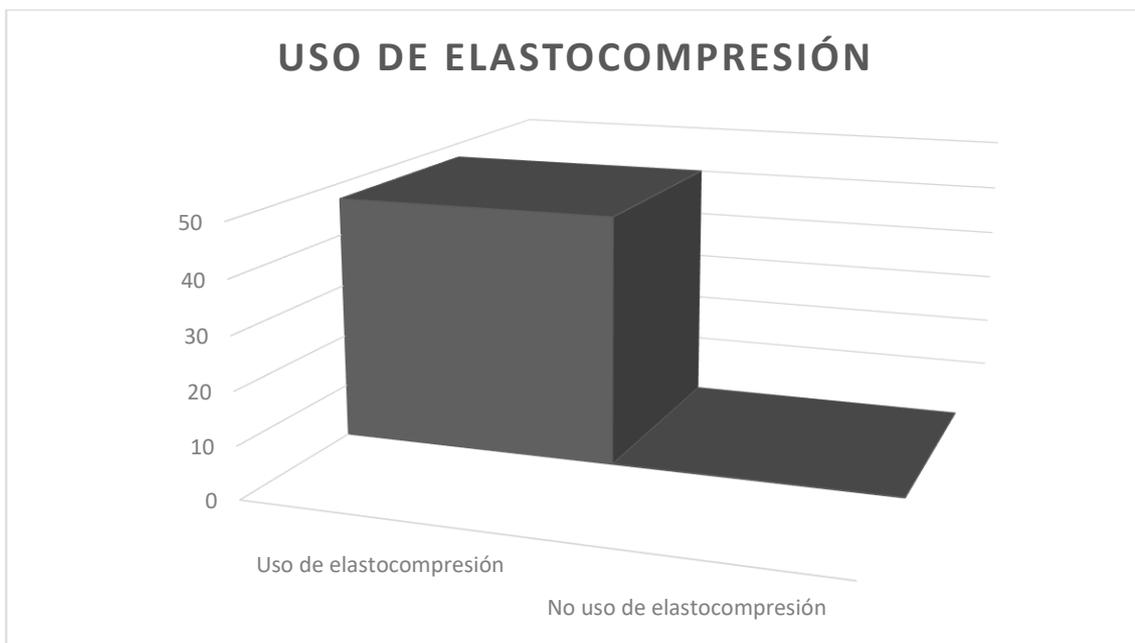


Tabla 11. Distribución porcentual de la adherencia a elastocompresión en pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía.

Adherencia a elastocompresión	Frecuencia	Porcentaje (%)
Uso de elastocompresión	47	100%
No uso de elastocompresión	0	0%
Total	47	100%

Clasificación de recidiva:

De los 7 pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía que presentaron recidivas, según características clínicas y de imágenes 3 pacientes (43%) evidenciaban CEAP VI, 2 pacientes (29%) evidenciaban CEAP IV, 1 paciente (14%) evidencio CEAP III y 1 paciente (14%) evidencio CEAP II.

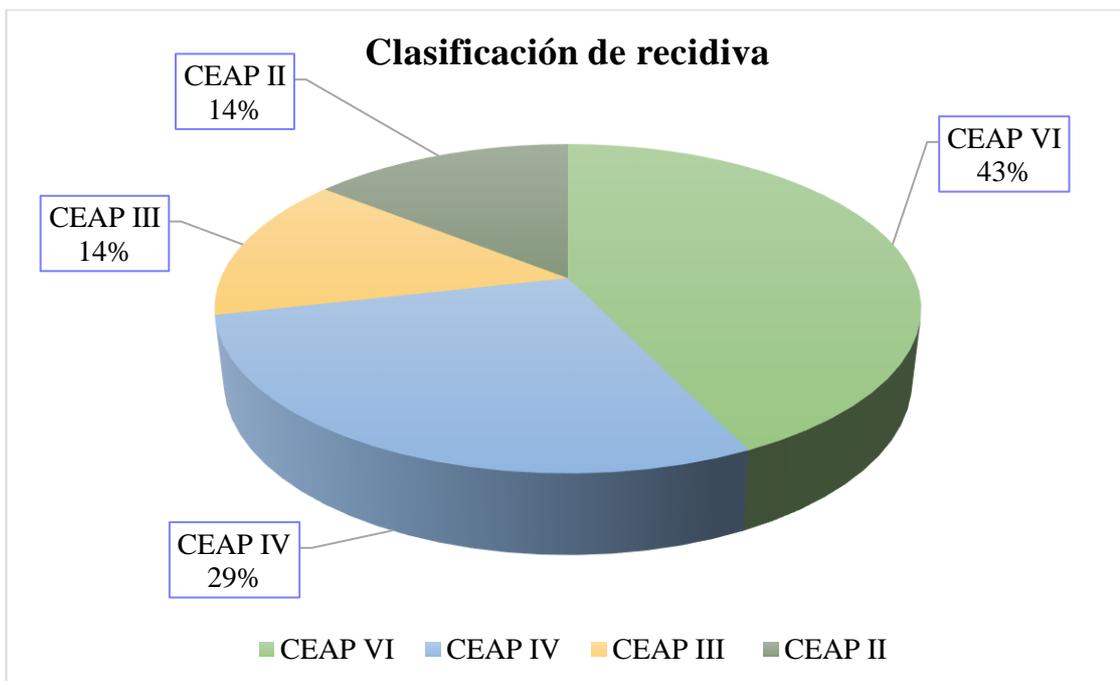


Tabla 12. Distribución porcentual de la clasificación de recidiva en pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía.

Clasificación de recidiva	Frecuencia	Porcentaje
		(%)
CEAP VI	3	43%
CEAP IV	2	29%
CEAP III	1	14%
CEAP II	1	14%
Total	7	100%

De los 7 pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía que presentaron recidivas, según características clínicas 1 paciente (14%) presentó infección del sitio quirúrgico, mientras que 6 pacientes (86%) no presentaron infección del sitio quirúrgico.

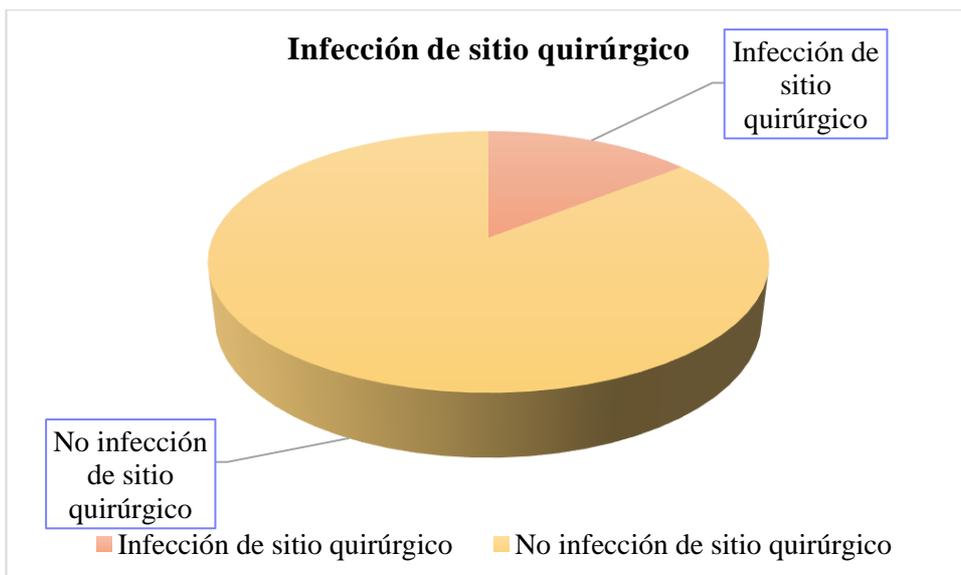


Tabla 13. Distribución porcentual de presentación de infección de sitio quirúrgico en pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía que presentaron recidivas.

Infección del sitio quirúrgico	Frecuencia	Porcentaje (%)
Infección de sitio quirúrgico	1	14%
No infección de sitio quirúrgico	6	86%
Total	7	100%

3.4 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la actualidad existen diferentes avances en cirugía vascular respecto al tratamiento intervencionista de las venas varicosas de miembros inferiores. Sin embargo, en diferentes estudios la tasa de prevalencia de recidiva oscila aproximadamente entre el 10 al 20 %. En nuestro trabajo investigativo se analizó la tasa de recidiva en una serie de pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente en el hospital especialidades Abel Gilbert Pontón durante el período 2018 – 2019.

En este estudio obtuvimos como resultado un predominio del sexo femenino con 57% de pacientes que fueron intervenidas por insuficiencia venosa crónica. Esto tiene relación con la epidemiología de la enfermedad venosa crónica, donde el sexo femenino se lo considera uno de los principales factores de riesgo debido a la actividad hormonal y la gestación. En el estudio realizado por Quiroz (2019) donde se analizaron una serie de 40 casos con insuficiencia venosa crónica operados en el hospital de especialidades fuerzas armadas N° 1, mostró un predominio del sexo femenino (82,5%). Estos resultados también son muy parecidos con otros trabajos investigativos, como el realizado por Andrade (2017) donde se analizaron una serie de 267 casos con insuficiencia venosa crónica operados en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, describiendo así mismo un predominio del sexo femenino (79,03%). Lo cual apoya la mayor frecuencia del sexo femenino en la enfermedad venosa crónica.

Con respecto a la autodenominación étnica nuestro estudio mostró que la más frecuente fue mestiza con 45 pacientes (96%). En el estudio realizado por Quiroz (2), todos los pacientes analizados, se autodenominaron mestizos 100%. Lo cual podría evidenciar que en nuestro medio la etnia frecuentemente relacionada a insuficiencia venosa crónica es la mestiza.

Con respecto a nuestro estudio investigativo la técnica quirúrgica utilizada fue la convencional, en el 100% de casos de los pacientes intervenidos quirúrgicamente por enfermedad venosa crónica. Con respecto a la lateralidad, el miembro inferior derecho fue el más operado (63%). En el estudio realizado por Quiroz (2) la técnica quirúrgica utilizada, muestra un predominio en la cirugía convencional (85%). En cuanto a la lateralidad, el miembro inferior derecho fue el más operado (57,5%). Por lo cual esto deja evidencia que la utilización de las técnicas quirúrgicas convencionales sigue siendo muy frecuente, en general debido a recursos limitados a nivel de las áreas de

salud y el lento avance en la implementación de terapéuticas actuales, como las técnicas endovasculares, donde su uso aun es muy limitado en la población general. En cuanto a la adherencia a la elastocompresión tenemos que todos los 47 pacientes intervenidos posterior a la cirugía usaron estas medidas indicadas. De los cuales 7 que representan el 14% a pesar de uso presentaron recidiva. Pero cabe mencionar que no se pudo evidenciar en las historias clínicas la frecuencia de su utilización. Mientras tanto en el estudio de Quiroz (2) el 95% de los 40 pacientes intervenidos utilizaron estas medidas y el 32,5% (13 pacientes) presentaron recidiva. Además, el 50% de los 40 pacientes intervenidos utilizaban estas medidas elastocompresivas con una frecuencia diaria, el 17,50% pasando un día, otro 17,50% 1 vez por semana, 7,50% 2 veces por semana, 2,50% no recuerda su frecuencia de uso y el 5% no uso terapia elastocompresiva. Todo esto da una concordancia de que el uso de la terapéutica de elastocompresión en estos estudios investigativos, aunque no se comportó como factor protector para la recidiva varicosa, podría estar en relación con el uso muy irregular de esta terapéutica, la cual no se pudo demostrar en nuestro estudio. Lurie et al. (26) establece como recomendación el uso de la terapéutica elastocompresiva permanentemente, debido a que los pacientes que usan esta terapéutica posterior a la cirugía evidencian una disminución del dolor y una baja tasa de recidiva. Por lo cual esto demuestra que la terapia compresiva es un factor protector su uso correcto y permanente posterior a la cirugía

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

La tasa de recurrencia de várices en extremidades inferiores en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el hospital de especialidades Abel Gilbert Pontón durante el período 2018 – 2019, fue de 14.8%, encontrándose dentro del rango expresado en la literatura internacional, lo cual pudiera estar sujeto a cambios debido al tiempo de seguimiento y la cantidad de pacientes intervenidos.

La recidiva de varices se asoció de forma significativa con factores como; el género masculino, sedentarismo, IMC elevado (30 -34.9 obesidad grado I), etnia meztiza, los cuales podrían ser considerados factores de riesgo de recidiva varicosa.

La recidiva varicosa se presentó con mayor frecuencia en un período mayor a 6 meses y la región anatómica más frecuente fue pierna y pie, se asoció también la clasificación que fue más frecuente de tipo CEAP IV y V.

La técnica quirúrgica utilizada en el 100 % de los casos fue la convencional, respaldando así su designación como gold standar para el tratamiento de varices, además de sus mejores resultados a largo plazo sobre las técnicas modernas. Otro factor importante relacionado a su uso frecuente es la presencia de recursos limitados a nivel de las áreas de salud y el lento avance en la implementación de técnicas modernas en nuestro medio.

El uso de la terapia elastocompresiva en el 100% de pacientes intervenidos en este estudio parece indicar su no relación como factor protector para recidiva de varices, pero otros estudios relacionan el uso irregular de esta terapia como determinante en la aparición de recidiva varicosa, lo cual podría ser el caso de nuestro estudio, pero no se pudo demostrar debido a la falta de evidencia en la frecuencia de utilización de esta terapéutica.

4.2 RECOMENDACIONES

La asociación de varices y obesidad está reflejada en múltiples estudios, de igual manera influye en la recidiva varicosa, por lo cual la pérdida de peso es una recomendación importante en el contexto de la patología varicosa y sus complicaciones, de igual manera para la mejoría de la sintomatología varicosa.

Con respecto a la terapia elastocompresiva, es recomendable su uso en pacientes sin indicación de intervención venosa directa. De igual manera el uso de estas medidas se recomienda permanentemente posterior a la cirugía debido a que generalmente los pacientes refieren disminución del dolor y la tasa de recidiva.

Es recomendable posterior a la cirugía para asegurar la efectividad al tratamiento realizar una exploración postoperatoria con la ayuda de la ecografía dúplex.

Se recomienda elaborar estudios a partir de los resultados adquiridos con el objetivo de estandarizar un protocolo de prevención de recidivas de venas varicosas posterior a la intervención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar C, Correa R. Factores de riesgo asociados a la recidiva de enfermedad venosa de miembros inferiores en pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico previo durante los años 2018 a 2020 en el HOSNAG. [Trabajo de titulación]. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2021.
2. Quiroz M. Factores asociados a la recurrencia de venas varicosas en miembros inferiores en pacientes operados en el Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N° 1 en el año 2016, seguimiento a 2 años [Trabajo de titulación]. Quito: Pontificia universidad católica del Ecuador; 2019. Guerrero J. Indicaciones, técnica quirúrgica y complicaciones de safenectomía en adultos en el Hospital Vicente Corral, agosto 2016 - septiembre 2019 [Internet]. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca; 2020 [citado el 25 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/ucacue/8361/1/9BT2020-MTI029.pdf>
3. Guerrero J. Indicaciones, técnica quirúrgica y complicaciones de safenectomía en adultos en el Hospital Vicente Corral, Agosto 2016 - Septiembre 2019. [Trabajo de titulación]. Cuenca: Universidad católica de Cuenca ; 2020.
4. Serván G. Efectividad de la safenectomía parcial y total en pacientes operados por varices. [Trabajo de titulación]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2018.
5. Azpeitia M. Estudio del perfil ginecológico de pacientes portadoras de varices esenciales. [Trabajo de titulación]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2018.
6. Giancesini S. Predicting and Preventing Varicose Vein Recurrence. *Endovascular Today*. Marzo de 2018;17(3):1-3.
7. Flessenkämper I, Hartmann M, Hartmann K, Stenger D, Roll S. Endovenous laser ablation with and without high ligation compared to high ligation and stripping for treatment of great saphenous varicose veins: Results of a multicentre randomised controlled trial with up to 6 years follow-up. *Phlebology: The Journal of Venous Disease*. Octubre de 2016;31(1):23-33.

8. Montero R. Tratamiento endovascular de las varices. Rev. enferm. vasc. Enero de 2020 ;3(5):19-5.
9. Sánchez-Beorlegui J, Arribas Á, Aspíroz A, Lamata L, Lamata F, Jiménez A. Safenectomía corta versus larga en el tratamiento de las várices primarias de los miembros inferiores. Revista Colombiana de Cirugía. Abril de 2018;33(2):181-8.
10. Raetz J, Wilson M, Collins K. Varicose Veins: Diagnosis and Treatment. Am Fam Physician. Junio de 2019 ;99(11):682-688.
11. Courtois MC, Zambon J. Várices e insuficiencia venosa crónica. EMC - Tratado de Medicina. Febrero de 2019;23(1):1-11.
12. Rana N. Varicose Vein. International Journal of Practical Nursing. Junio de 2017;5(2):105-11.
13. Alguire P, Mathes B. Pathophysiology of chronic venous disease. [Internet]. In: UpToDate, Eit J, Mills J (ED). Waltham, MA. Uptodate ;2020.
14. Raetz J, Wilson M, Collins K. Varicose Veins: Diagnosis and Treatment. Am Fam Physician. Junio de 2019 ;99(11):682-688.
15. Antani MR, Dattilo JB. Varicose Veins. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022
16. Raetz J, Wilson M, Collins K. Varicose Veins: Diagnosis and Treatment. Am Fam Physician. Junio de 2019 ;99(11):682-688.
17. Moneta G. Classification of lower extremity chronic venous disorders [Internet]. In: UpToDate, Eit J, Mills J (ED). Waltham, MA. Uptodate ;2021.
18. Chen J. Current therapy for primary varicose veins. BC Medical Journal. Octubre de 2017;59(8):418-23.
19. Weiss R. Venous Insufficiency Treatment & Management: Approach Considerations, Graduated Compression and Other Physical Modalities, Venoablation. [Internet]. Medscape; 2020.
20. Guarinello GG, Coral FE, Timi JR, Machado SF. Avaliação do coto residual após 12 meses de safenectomia sem ligadura alta da junção safeno-femoral. Jornal Vascular Brasileiro. Mayo de 2021;20:1-8

21. Carnicero J, Méndez L, Pericacho M, García B, Lozano F. Impacto de la endoglina y de otros marcadores de angiogénesis en las varices recurrentes. Resultados preliminares. *Angiología*. Febrero de 2022; 74(1):13-21.
22. Said M, Saleh HA, Farahat WM. Recurrent varicose veins after surgery. *Menoufia Medical Journal*. 2021;34:1428-1432.
23. Pannier F, Noppeney T, Alm J, Breu FX, Bruning G, Flessenkämper I et al. S2k guidelines: diagnosis and treatment of varicose veins. *Der Hautarzt*. Abril de 2022; 73(Suppl 1):1-44
24. Correa M. Guías Para el Tratamiento de Insuficiencia Venosa Superficial. *Vascularium*. Septiembre de 2018; (Suppl 1):1-51.
25. Contreras L, Berrio A, López M, Correa M, García J, Buitrago J. Safeno-varicectomía convencional como alternativa de tratamiento de la insuficiencia venosa en Colombia. *Rev Cubana Angiol Cir Vasc*. Abril de 2021; 22(1): e173.
26. Lurie F, Lal BK, Antignani PL, Blebea J, Bush R, Caprini J, et al. Compression therapy after invasive treatment of superficial veins of the lower extremities: Clinical practice guidelines of the American Venous Forum, Society for Vascular Surgery, American College of Phlebology, Society for Vascular Medicine, and International Union of Phlebology. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. enero de 2019;7(1):17-28.
27. Pannier F, Noppeney T, Alm J, Breu FX, Bruning G, Flessenkämper I et al. S2k guidelines: diagnosis and treatment of varicose veins. *Der Hautarzt*. Abril de 2022; 73(Suppl 1):1-4.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Garzón Lavayen Cindy Anabel** con C.C: # 0940873060 y **Mayorga Muñoz Cesar Mauricio**, con C.C: # **0952185296** autores del trabajo de titulación: **Prevalencia de recidiva de varices en pacientes de 30 a 60 años con safenectomía en el hospital de especialidades Abel Gilbert Pontón durante el período 2018 – 2019**, previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 01 de septiembre de 2022

f. _____

Nombre: **Garzón Lavayen Cindy Anabel**

C.C: **0940873060**

f. _____

Nombre: **Mayorga Muñoz Cesar Mauricio**

C.C: **0952185296**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de recidiva de varices en pacientes de 30 a 60 años con safenectomía en el hospital de especialidades Abel Gilbert Pontón durante el período 2018 – 2019		
AUTOR(ES)	Mayorga Muñoz Cesar Mauricio; Garzón Lavayen Cindy Anabel		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Venegas Arteaga Carlos Alfredo		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	01 de septiembre de 2022	No. DE PÁGINAS:	47
ÁREAS TEMÁTICAS:	Cirugía Vascul ar – Angiología		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Safenectomía, Insuficiencia venosa crónica, Elastocompresión, Varices, Recidiva, Sedentario.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	<p>La enfermedad venosa crónica (EVC) es un condición que prevalece y puede empeorar con la edad, provocando síntomas como dolor, pesadez e hinchazón en las piernas, esto termina afectando la calidad de vida del paciente. Aunque se tienen grandes avances respecto al tratamiento intervencionista existen diferentes estudios que reflejan una tasa de prevalencia de recidiva que oscila aproximadamente entre el 10 al 20 %. Objetivo: Estimar la Prevalencia de recidiva de varices en pacientes de 30 a 60 años con safenectomía en el hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón durante el período 2018 – 2019. Diseño: el presente diseño de estudio es observacional, descriptivo, retrospectivo y longitudinal. Métodos: se analizaron 442 pacientes que acudieron al área de consulta externa del Hospital de especialidades Abel Gilbert Pontón, con diagnóstico CIE-10 I872 Insuficiencia venosa crónica periférica y con indicación quirúrgica por hallazgo de eco doppler de insuficiencia severa de la vena safena interna especialmente del cayado durante el período 2018 – 2019. Resultados: En este estudio obtuvimos como resultado un predominio del sexo femenino con 57% de pacientes que fueron intervenidas por insuficiencia venosa crónica. De los 7 pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía que presentaron recidivas, 5 pacientes pertenecían al género masculino (71%). De los 7 pacientes tratados por insuficiencia venosa crónica con safenectomía que presentaron recidivas, 4 pacientes (57%) tenían hábitos sedentarios. Con respecto a la adherencia a la elastocompresión, estas medidas fueron indicadas y usadas en el 100% de los 47 pacientes que se realizaron safenectomía durante el posoperatorio. Además, a todos los pacientes se les indicó esta terapia durante sus controles posteriores. A pesar de su uso continuo el 14% (7 pacientes) presentaron recidiva varicosa. Conclusión: La tasa de recurrencia de várices en extremidades inferiores en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el hospital de especialidades Abel Gilbert Pontón durante el período 2018 – 2019, fue de 14.8%, El uso de la terapia elastocompresiva en el 100% de pacientes intervenidos en este estudio parece indicar su no relación como factor protector para recidiva de varices, pero otros estudios relacionan el uso irregular de esta terapia como determinante en la aparición de recidiva varicosa, lo cual podría ser el caso de nuestro estudio, pero no se pudo demostrar debido a la falta de evidencia en la frecuencia de utilización de esta terapéutica.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0981005738/0992956394	E-mail: cindygarzon75@gmail.com cesar.mayorga@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN	Nombre: Ayón Genkuong, Andrés Mauricio		
	Teléfono: +59399757284		
	E-mail: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec		



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

(COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA	
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	