



ARTÍCULO ESPECIAL

La insuficiencia venosa crónica en el Sistema Nacional de Salud. Diagnóstico, indicaciones quirúrgicas y priorización de listas de espera. Documento de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascul ar (SEACV) y del Capítulo de Flebología y Linfología de la SEACV

S. Bellmunt^{a,*}, C. Miquel^b, L. Reina^c y F. Lozano^d

^a Servicio de Angiología y Cirugía Vascul ar, Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascul ar (SEACV), Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

^b Servicio de Angiología y Cirugía Vascul ar, Capítulo Español de Flebología y Linfología de la SEACV, Hospital Sagrat Cor, Barcelona, España

^c Servicio de Angiología y Cirugía Vascul ar, Capítulo Español de Flebología y Linfología de la SEACV, Hospital Central de la Cruz Roja, Madrid, España

^d Servicio de Angiología y Cirugía Vascul ar, Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascul ar (SEACV), Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

Recibido el 29 de noviembre de 2012; aceptado el 2 de diciembre de 2012

Disponible en Internet el 22 de febrero de 2013

PALABRAS CLAVE

Insuficiencia venosa;
Varices;
Cirugía;
Lista de espera

Resumen En un entorno de recursos limitados y de crisis, es importante clarificar las indicaciones absolutas y relativas de la cirugía de las varices para garantizar dicha prestación dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS) en los casos necesarios y con los máximos criterios científicos disponibles. La Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascul ar (SEACV), como depositaria de la representatividad profesional, científica y/o técnica de todos sus socios en relación con las administraciones sanitarias, está obligada a estudiar y analizar las necesidades actuales y/o futuras que se presenten en la población de su ámbito, con respecto a la demanda de la especialidad. Presentamos un documento oficial de la SEACV y de su Capítulo Español de Flebología y Linfología (CEFyL) que sienta las bases científicas de la patología venosa y los criterios a tener en cuenta en el momento de valorar su aplicación futura en el SNS.

© 2012 SEACV. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sbellmunt@santpau.cat (S. Bellmunt).

KEYWORDS

Venous insufficiency;
 Varicose veins;
 Surgery;
 Waiting list

Chronic venous insufficiency in the National Health System. Diagnosis, surgical indications and waiting list priorities. A document from the Spanish Association of Angiology and Vascular Surgery (SEACV) and the SEACV Phlebology Chapter

Abstract In an environment with limited resources and a crisis, it is important to clarify the absolute and relative surgical indications of varicose veins, in order to guarantee this service within the National Health System in necessary cases, and with the maximum scientific criteria available. The Spanish Association of Angiology and Vascular Surgery (SEACV), as the office that represents the professional, scientific and/or technical aspects of all its members with the Health Administrations, is obliged to study and analyse the current and future needs of the population in its area, as regards the demands of the Specialty. We present an official document by SEACV and its Spanish Chapter of Phlebology and Lymphology (CEF and L) that sets the scientific basis of venous pathology and the criteria to take into account when assessing its future application with the National Health System.

© 2012 SEACV. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Numerosas y conocidas son las repercusiones clínicas, sociales y económicas de la patología venosa, y concretamente de la insuficiencia venosa, en la que destacan sobremanera las varices de las extremidades inferiores, como diversos estudios españoles han puesto de manifiesto¹⁻⁵.

De forma muy resumida, las varices forman parte del «top 10» en las listas de enfermedades más prevalentes de la humanidad, de las cirugías programadas más practicadas en los hospitales y de las listas de espera quirúrgicas de todos los sistemas públicos de salud occidentales.

La incidencia y la prevalencia de las varices, en constante aumento, repercuten de manera notable en la asistencia sanitaria y en el Sistema Nacional de Salud (SNS) (tabla 1). Su diagnóstico y tratamiento quirúrgico ocasionan una sobrecarga asistencial que se traduce en largas listas de espera.

Además de la sobrecarga quirúrgica, los pacientes con varices generan un gran número de consultas tanto en atención primaria como en atención especializada. La prescripción de la terapia compresiva genera a su vez una gran cantidad de consultas en ambos niveles asistenciales.

En un estudio realizado en España⁶ se ha estimado que la prevalencia de consultas por enfermedad vascular en atención primaria representa el 3,4% del total de las consultas, constituyendo las flebopatías la primera causa (69%), y en este grupo, las varices suponen la mitad de los casos (30,2%). Más de las dos terceras partes de la población (68,6-71%) que acudieron al médico de atención primaria por cualquier causa referían o padecían algún signo o síntoma de insuficiencia venosa crónica (IVC)⁷⁻⁹.

En la actualidad el diagnóstico debe incluir, de forma sistemática e inexcusable, la realización de un eco-Doppler. Conjuntamente, el tratamiento quirúrgico y la elección de la técnica (de las múltiples existentes), salvo en situaciones puntuales, deben ser practicados por especialistas en angiología y cirugía vascular. Actitudes inadecuadas en este sentido pueden comportar consecuencias graves, tanto por complicaciones como por recidivas; mientras las primeras inducen un mayor número de denuncias por responsabilidad médica, las segundas se encargan de retroalimentar las listas de espera quirúrgica.

Objetivo

En un entorno de recursos limitados y de crisis, es importante clarificar las indicaciones absolutas y relativas de la cirugía de las varices, para garantizar dicha prestación dentro del SNS español. La finalidad última es racionalizar la inclusión de pacientes en lista de espera, empleando criterios científicos y técnicos especializados, partiendo de la idea de que no todas las varices requieren tratamiento quirúrgico, máxime en el entorno sanitario público.

Justificación

La Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (SEACV), como depositaria de la representatividad

Tabla 1 Implicaciones de las varices para el SNS

<i>Elevado número de consultas, en atención primaria y especializada:</i>
Para el diagnóstico y tratamiento, en general
Para la prescripción de la terapia compresiva, en particular
<i>Sobrecarga asistencial, fundamentalmente quirúrgica</i>
<i>Problemas derivados de las listas de espera de consultas y quirúrgicas</i>
<i>Presión social de las listas de espera y su ajuste con la escasez de recursos</i>
<i>Implicaciones logísticas para la provisión de servicios de evaluación y tratamiento</i>
<i>Diferencias en las prestaciones (indicaciones), según comunidades autónomas</i>
<i>Restricciones sobre prestaciones en ciertas áreas geográficas</i>
<i>Manejo por cirujanos no vasculares con diagnósticos y tratamientos inapropiados</i>
<i>Consecuencias médico-legales que se derivan</i>
<i>Dilema sobre qué prestaciones deben estar financiadas por el SNS y con qué criterios</i>
<i>El coste de todos los servicios</i>

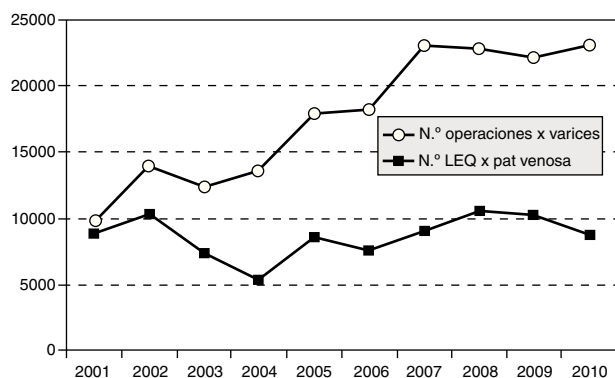


Figura 1 Evolución del número de intervenciones de varices y de pacientes en lista de espera quirúrgica, según datos del Registro de la SEACV en el periodo 2001-2010 en España.

profesional, científica y/o técnica de todos sus socios, capítulos y secciones, en relación con las administraciones sanitarias públicas en temas de la especialidad, está obligada a estudiar y analizar las necesidades actuales y/o futuras que se presenten en la población de su ámbito (Estado Español) con respecto a la demanda de la especialidad. Así, entre los múltiples objetivos estatutarios de la SEACV (art. 8) se dice: «Promoverá la máxima calidad asistencial en los ámbitos que le son propios» y «Asesorará a las administraciones sanitarias públicas y privadas en temas de la especialidad»⁶.

Con la finalidad de realizar este documento oficial de la SEACV y de su Capítulo Español de Flebología y Linfología (CEF y L) para entregar al Ministerio de Sanidad y a las Consejerías de Sanidad de las distintas comunidades autónomas, se ha constituido un grupo paritario de expertos (SEACV y CEF y L). Este documento se entronca con otro importante consenso (publicado) que hace referencia a los criterios de derivación entre primaria y especializada⁷.

Importancia del tema

Dada la importancia del tema que nos ocupa, ya en 1999 la SEACV emitió unas recomendaciones para la inclusión en lista de espera quirúrgica de pacientes con varices⁸; conjuntamente, y con el fin de estudiar y analizar la demanda futura que con respecto a la especialidad se presentara en el Estado Español, se decidió crear un Registro de Actividad Asistencial.

El Registro de Actividad Asistencial de la SEACV, cuyos primeros datos se refieren al año 1997⁹, se ha publicado todos los años en el periodo 1999-2010¹⁰. Recientemente han sido presentados, en el último congreso nacional de la SEACV, los datos relativos a 2011. El Registro recoge la actividad de los Servicios de Angiología y Cirugía Vasculor dentro del SNS. La actividad de los hospitales privados representa alrededor del 5% de toda la actividad, y no está recogida.

Una visión global de los últimos 10 años (fig. 1) pone de manifiesto:

a) La elevada frecuencia de este tipo de cirugía dentro del SNS. En este periodo se han intervenido una media

de 17.700 varices/año, cifra que ha aumentado a más de 20.000/año en el último quinquenio, lo cual se explica parcialmente por el aumento de servicios que participan en el registro, si bien hay que señalar que los últimos datos (registro de 2010) solo recogen al 88% de la población española.

b) Anualmente solo se operan dos tercios de los pacientes portadores de varices, suponiendo ello que el tercio restante permanece incluido en lista de espera quirúrgica. Así se encuentran una media de 8.670 pacientes/año. Dicho de otra manera, cada servicio vascular tiene pendiente de intervenir una media de 131 pacientes/año.

En la figura 2 podemos consultar los datos de actividad por comunidades autónomas (2005-2010), procedentes del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Este gran número de pacientes con varices que requieren tratamiento conlleva importantes implicaciones en el SNS. Este tema ha sido abordado recientemente en una mesa redonda en el último congreso nacional de la SEACV en su capítulo de Flebología y Linfología, por la Dra. Lourdes Reina Gutiérrez, y está pendiente de publicación.

Las implicaciones son:

- Implicaciones logísticas para provisionar los servicios y el coste de dichos servicios.
- Dilema en cuanto a qué prestaciones deberían estar financiadas por el SNS y con qué criterios.
- Los problemas de las listas de espera quirúrgicas y sus implicaciones políticas.
- Existe una percepción general de que las varices tienen una prioridad baja. Los pacientes normalmente esperan durante muchas semanas o meses para ser evaluados por el especialista; su evaluación puede llevar tiempo (eco-Doppler) y la cirugía puede ser prolongada, sobre todo si se trata de varices recidivadas. Todos estos factores contribuyen a largos tiempos de espera.
- La presión de las listas de espera y la escasez de recursos han conducido a restricciones en las prestaciones ofrecidas en el SNS en ciertas áreas geográficas, lo que está produciendo diferencias en cuanto a indicaciones y disponibilidad de prestaciones en las distintas comunidades autónomas.

En la tabla 1 y en la figura 1 se observan las diferencias en cuanto a número de altas en las distintas comunidades autónomas, no fácilmente atribuibles únicamente a diferencias de población.

En resumen, es necesario homogeneizar criterios (indicaciones) en lo referente a la cobertura de las prestaciones ofertadas por el SNS español en las varices de los miembros inferiores, con el fin de asegurar la equidad en el acceso a ellas en todo el territorio nacional.

Concomitantemente, en un segundo paso será muy importante realizar estudios de eficacia clínica y coste-efectividad de los distintos tratamientos de las varices en nuestro país, para poder decidir qué prestaciones cubrir y en qué indicaciones, al igual que han hecho otros países de nuestro entorno¹¹ y señala la legislación española¹².

Altas Hospitalización con 454.0-9
Distribución por CCAA

No SNS							
	2.005	2.006	2.007	2.008	2.009	2.010	Suma:
2 ARAGÓN	390	255	216	272	287	574	1.994
4 BALEARS (ILLES)						4	4
5 CANARIAS						1.119	1.119
7 CASTILLA Y LEÓN						796	796
8 CASTILLA LA MANCHA	145	135	117	63	48	53	561
9 CATALUÑA	1.673	1.449	1.616	1.621	1.447	1.235	9.045
12 GALICIA					284	474	758
13 MADRID (COMUNIDAD DE)			1.417	1.101	977	924	4.419
14 MURCIA (REGION DE)		463	560	558	476	392	2.449
15 NAVARRA (COMUNIDAD FORAL DE)					187	137	324
16 PAIS VASCO				1.144	826	580	2.550
Suma:	2.208	2.302	3.926	4.759	4.532	6.292	24.019

SNS							
	2.005	2.006	2.007	2.008	2.009	2.010	Suma:
1 ANDALUCÍA	880	890	746	645	463	486	4.110
2 ARAGÓN	385	414	455	412	465	517	2.648
3 ASTURIAS (PRINCIPADO DE)	175	171	327	274	237	394	1.578
4 BALEARS (ILLES)	226	211	152	157	169	164	1.079
5 CANARIAS	562	560	738	735	691	891	4.167
6 CANTABRIA	154	128	106	99	117	56	660
7 CASTILLA Y LEÓN	1.157	1.419	1.455	1.409	1.297	784	7.521
8 CASTILLA LA MANCHA	328	301	234	234	186	161	1.444
9 CATALUÑA	5.217	4.565	4.228	3.384	2.649	2.129	22.168
10 COMUNIDAD VALENCIANA	1.151	1.437	1.264	1.158	898	807	6.715
11 EXTREMADURA	479	420	340	214	150	286	1.889
12 GALICIA	804	596	487	611	444	287	3.229
13 MADRID (COMUNIDAD DE)	2.841	2.859	3.526	3.027	2.950	2.969	18.172
14 MURCIA (REGION DE)	167	215	208	194	251	205	1.240
15 NAVARRA (COMUNIDAD FORAL DE)	332	318	303	54	362	133	1.502
16 PAIS VASCO	1.212	1.536	1.403	1.332	1.240	1.338	8.061
17 RIOJA (LA)	163	163	178	136	138	104	882
18 CEUTA	5	7	5	1	11	7	36
19 MELILLA	10	5	14	4	8	7	46
Suma:	16.248	16.205	16.169	14.080	12.726	11.721	87.149

Registro de altas – CMBD estatal. Instituto de Información Sanitaria e Innovación – MSSSI

Suma total: 111.168

Altas ambulatorias con 454.0-9
Distribución por CCAA

Casos ambulatorios con diagnóstico principal de varices (454) - Años 2005-2010							
No SNS							
	2.005	2.006	2.007	2.008	2.009	2.010	Suma:
2 ARAGÓN						38	38
5 CANARIAS						392	392
7 CASTILLA Y LEÓN						455	455
8 CASTILLA LA MANCHA		230	183	334	465	909	3.050
9 CATALUÑA		803	888	1.252	1.164	1.949	6.096
13 MADRID (COMUNIDAD DE)			1.573	1.350	2.089	1.838	6.850
14 MURCIA (REGION DE)		10	30	22	30	48	140
15 NAVARRA (COMUNIDAD FORAL DE)					47	31	78
16 PAIS VASCO				1.804	1.888	1.623	5.315
#VALORM	Suma:	230	996	2.825	4.893	6.127	22.374

SNS								
	2.004	2.005	2.006	2.007	2.008	2.009	2.010	Suma:
1 ANDALUCÍA	2.957	1.767	1.917	2.598	2.770	2.733	3.021	16.881
2 ARAGÓN	115	79	104	114	114	113	106	745
3 ASTURIAS (PRINCIPADO DE)	8	129	150	224	441	591	665	2.208
4 BALEARS (ILLES)	115	137	39	158	171	140	506	1.266
5 CANARIAS		73	68	30	144	121	261	697
6 CANTABRIA	668	622	586	528	356	453	64	3.277
7 CASTILLA Y LEÓN	567	505	348	392	316	685	1.176	3.989
8 CASTILLA LA MANCHA	263	377	569	732	736	967	1.055	4.699
9 CATALUÑA	5.686	6.742	6.873	7.614	8.347	8.533	8.874	52.669
10 COMUNIDAD VALENCIANA	839	810	935	955	1.081	969	1.265	6.854
11 EXTREMADURA		231	222	314	182	146	239	1.334
12 GALICIA			730	1.112	1.897	1.066	742	5.547
13 MADRID (COMUNIDAD DE)	1.474	1.782	1.739	2.029	2.031	1.690	1.938	12.683
14 MURCIA (REGION DE)	164	199	190	209	217	300	304	1.583
15 NAVARRA (COMUNIDAD FORAL DE)		15	10	13	4	19	161	222
16 PAIS VASCO	305	210	240	316	260	275	343	1.949
17 RIOJA (LA)	232	389	236	294	349	262	263	2.025
18 CEUTA	5	12	5	7	9	12	9	59
19 MELILLA	1			11		1	1	14
#VALORM	Suma:	12.509	14.079	14.961	17.650	19.425	21.001	118.701

Registro de altas – CMBD estatal. Instituto de Información Sanitaria e Innovación – MSSSI

Total: 141.075

Figura 2 Distribución de altas hospitalarias y ambulatorias por comunidades autónomas (código varices) durante el periodo 2005-2010.

Necesidad de la exploración eco-Doppler

Introducción

Desde su aparición como método de diagnóstico de la patología vascular, el eco-Doppler se ha convertido en elemento de uso rutinario en la práctica clínica para la correcta valoración y orientación diagnóstica y terapéutica de la IVC

(varices), desplazando otros métodos de estudio utilizados anteriormente, como la pletismografía o el Doppler continuo, y especialmente la flebografía, no exenta de posibles complicaciones y limitaciones en función de la necesidad de inyectar líquido de contraste intravenoso y exponer al paciente a una fuente de irradiación.

El Libro Blanco sobre IVC elaborado por la SEACV¹³ ya recogía en el año 2008 que el 92% de los cirujanos vasculares

españoles utilizaban de forma rutinaria el eco-Doppler como método de diagnóstico de la IVC.

La versatilidad de los actuales aparatos, que combinan altas prestaciones en cuanto a calidad de imagen y determinación de velocimetría Doppler con un reducido tamaño y peso que los hace fácilmente transportables, ha facilitado aún más la posibilidad de efectuar la exploración tanto en consulta externa como en el área de hospitalización o quirúrgica, permitiendo asimismo la valoración de forma inmediatamente previa a la cirugía o durante la misma, situación absolutamente necesaria en determinados tipos de técnica.

El uso de eco-Doppler permite el correcto diagnóstico de la IVC con una adecuada valoración topográfica y hemodinámica del sistema venoso superficial y profundo, obviando la posible existencia de un síndrome postrombótico, y estableciendo asimismo el diagnóstico diferencial con otras posibles entidades patológicas capaces de generar sintomatología superponible a la de la IVC (edema, ingurgitación venosa, trastornos de trofismo cutáneo, disestesias, etc.).

Objetivo

Precisar la utilización rutinaria del examen eco-Doppler en el diagnóstico inicial, el tratamiento quirúrgico y el seguimiento de la IVC del sistema superficial (varices) en el ámbito del SNS.

Indicaciones del eco-Doppler

Teniendo en cuenta las guías nacionales^{14,15} e internacionales^{16,17}, se propone el siguiente cronograma y los diferentes elementos a evaluar:

Cronograma

Debe ser utilizado en el diagnóstico y seguimiento de las varices.

1. Evaluación inicial:
 - a. En los pacientes con signos y síntomas clínicos que orienten al posible tratamiento quirúrgico de la IVC (C2-C6 de CEAP).
 - b. En los pacientes en que deba establecerse un diagnóstico diferencial con otras patologías capaces de generar sintomatología propia de IVC.
 - c. Ante la sospecha de posible trombosis venosa o síndrome postrombótico.
2. Evaluación preoperatoria:

Debe ser efectuada, idealmente por el propio cirujano, en todos los pacientes quirúrgicos y en el momento previo a la cirugía, independientemente de la técnica a emplear.
3. Evaluación peroperatoria:

Debe ser efectuada durante el acto quirúrgico en todas las técnicas de cirugía endovenosa de varices: láser, radiofrecuencia, vapor de agua, espuma.
4. Evaluación postoperatoria:

- Inmediata: entre 1 y 4 semanas después del tratamiento.
 - a. En los tratamientos endovenosos tanto para asegurar su resultado correcto como para evaluar la posible existencia de trombosis venosa profunda como extensión de la ocleración endoluminal de la vena tratada.
 - b. En los tratamientos planteados de forma secuencial como escleroterapia o CHIVA.
- Tardía:
 - a. Corto plazo (1 año) tras la cirugía. En las técnicas endovenosas, si el resultado es correcto suele mantenerse a largo plazo. En la cirugía clásica, para valorar la existencia de neovascularización o de varices residuales y la necesidad de nuevo tratamiento.
 - b. Medio (2 a 3 años) y largo plazo (5 a 10 años). Por razones tanto económicas como de saturación del sistema, debe quedar relegada a estudios prospectivos.

Elementos a valorar

1. Evaluación preoperatoria (ortostatismo, reflujo en Valsalva y compresión/descompresión de pantorrilla):
 - a. Sistema venoso profundo: permeabilidad y reflujo de sistema venoso profundo.
 - b. Confluente safeno-femoral y safeno-poplíteo: permeabilidad y reflujo. Competencia valvular terminal y preterminal.
 - c. Valoración de tributarias y troncos no safenianos incompetentes y de posibles fugas pélvicas.
 - d. Diámetro y reflujo en safenas accesorias anterior, posterior y vena de Giacomini.
 - e. Diámetro y reflujo de venas perforantes (valor patológico > 0,5 s).
2. Evaluación postoperatoria (ortostatismo, reflujo en Valsalva y compresión/descompresión de pantorrilla):
 - a. Sistema venoso profundo: permeabilidad y posibles trombosis por extensión en confluente poscirugía endovenosa.
 - b. Confluente safenofemoral y safenopoplíteo: presencia de muñón residual, de neovascularización o de reflujo por colaterales o accesorias.
 - c. Valoración de trayectos de safenas y existencia o no de reflujo en los segmentos permeables en relación con la técnica efectuada (endovenosa, CHIVA, fleboextracción corta). Valoración de segmentos permeables y extensión en cayados postratamiento endovenoso. Permeabilidad con reducción de diámetro en venas tratadas endoluminalmente.
 - d. Persistencia y reflujo de tributarias, accesorias, etc.
 - e. Persistencia y reflujo de venas perforantes.

Conclusión

En consonancia con las indicaciones actuales de las diversas guías clínicas, así como para conseguir un adecuado tratamiento de las varices, minimizar la posibilidad de recidiva y efectuar el tratamiento de la misma de forma precoz, debe efectuarse la valoración mediante eco-Doppler tanto en el pre como en el postoperatorio. El uso de eco-Doppler es imprescindible de forma peroperatoria si la técnica utilizada es por vía endovenosa (láser, radiofrecuencia, vapor de agua, espuma).

Criterios de inclusión y exclusión del tratamiento quirúrgico en pacientes con insuficiencia venosa crónica en el Sistema Nacional de Salud. Indicaciones y contraindicaciones de la cirugía de las varices

Introducción y justificación del tratamiento quirúrgico

El tratamiento de las varices de las piernas incluye medidas higiénico-dietéticas (que consisten en control del peso, ejercicio y la terapia postural) y la terapia compresiva dirigida a disminuir la hipertensión venosa ambulatoria, que favorece el desarrollo y la progresión de la enfermedad; el tratamiento farmacológico con flebotónicos dirigido fundamentalmente al alivio de síntomas, y la eliminación de las varices mediante cirugía. Todos estos tratamientos se complementan entre sí¹⁸.

El tratamiento quirúrgico de las varices ha cambiado radicalmente en las últimas 2 décadas debido al uso generalizado de la ecografía, lo que ha permitido la aparición de nuevas técnicas percutáneas de ablación endoluminal, como el láser endovenoso, la radiofrecuencia y la escleroterapia con espuma, así como el desarrollo de la cirugía hemodinámica o cura CHIVA.

En la eliminación de la vena safena, la cirugía tradicional de safenectomía sigue siendo para muchos la técnica *gold estándar*¹⁹; sin embargo, su futuro depende de los resultados a largo plazo de las nuevas técnicas de ablación endoluminal térmica (endoláser y radiofrecuencia), que en el corto y medio plazo han mostrado ser al menos tan eficaces y seguras como la cirugía¹⁷. La escleroterapia ecoguiada con espuma es menos efectiva en la eliminación de la vena safena^{17,20}, aunque juega un papel relevante en el tratamiento de la recidiva varicosa²¹, de las varices pélvicas¹⁷ y de la úlcera venosa²².

La aparición de estas nuevas técnicas mínimamente invasivas, que no requieren de anestesia general o regional, ha ampliado las indicaciones quirúrgicas en determinadas patologías como la recidiva varicosa, la úlcera venosa o las malformaciones venosas, o en determinados pacientes, como los mayores o los pacientes anticoagulados²³.

La mayoría de los pacientes con varices que acuden al médico buscando tratamiento tienen síntomas de dolor, pesadez, cansancio, hormigueos, calambres, picor, piernas inquietas y/o dolor en las venas varicosas que sobresalen en sus piernas. A muchos les preocupa el futuro y las posibles complicaciones que se deriven de sus varices, especialmente en el contexto de una historia familiar de úlceras u otros problemas, y buscan tratamiento preventivo, o les preocupa padecer una trombosis venosa profunda en relación con la creencia generalizada y equivocada de que las varices se asocian con una mayor probabilidad de sufrirla. Algunos, además, cuentan una historia de tromboflebitis o sangrado de sus varices superficiales o presentan signos de una enfermedad venosa más avanzada, tales como edema o cambios tróficos en sus piernas y que incluyen eccema, pigmentación, fibrosis de la piel y del tejido graso, atrofia blanca o úlceras activas o cicatrizadas. Con menor frecuencia, las varices son una preocupación estética^{2,4}.

Las varices sintomáticas disminuyen de forma considerable la calidad de vida¹, sobre todo en la dimensión física y del dolor, y la calidad de vida de los pacientes en estadios avanzados de IVC es similar a la de los enfermos con insuficiencia cardiaca, y peores que la de los enfermos con EPOC o diabetes. Los beneficios en mejoría de la salud obtenidos tras la cirugía de varices son comparables a los obtenidos tras la colecistectomía laparoscópica²⁴. Todos los tratamientos para las varices han demostrado mejorar la calidad de vida de los pacientes²⁵⁻²⁸. Sin embargo, en los pacientes con varices severas sintomáticas la cirugía ha demostrado ser mejor que el tratamiento conservador, en cuanto a la mejoría de síntomas y la mejoría de la calidad de vida, siendo además más coste-efectiva¹¹. El estudio REACTIV¹¹, realizado por la Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria inglesa (HTA) en 2006, demuestra, además, que las listas de espera quirúrgicas o la mecánica del inicio con tratamiento conservador seguido de tratamiento quirúrgico disminuyen el beneficio de la cirugía. La cirugía temprana demostró ser mejor.

La probabilidad de que un individuo con varices desarrolle cambios tróficos, incluida la úlcera venosa, es desconocida²⁹. No hay evidencia sobre el beneficio de la cirugía en los pacientes con varices no complicadas en cuanto a la prevención de complicaciones a largo plazo, en particular la úlcera venosa (en pacientes que no hayan tenido previamente una úlcera venosa). El beneficio de la cirugía en este tipo de pacientes se limita a la mejoría de los síntomas³⁰.

A pesar de que la recurrencia de las varices tras la cirugía es frecuente, con cifras que varían del 20 al 80% a los 5-20 años³¹, la mayoría de los pacientes están satisfechos con su operación, puesto que los síntomas han desaparecido o mejorado considerablemente³².

Objetivo

Establecer las indicaciones y contraindicaciones del tratamiento quirúrgico de las varices, y lo que representan los criterios para inclusión/exclusión en lista de espera para cirugía en el SNS español.

Criterios para la inclusión en lista de espera para cirugía de varices en el Sistema Nacional de Salud

El objetivo del tratamiento quirúrgico de las varices es la mejoría de los síntomas, la reducción del edema, la mejoría de los cambios tróficos y la prevención de la recurrencia de la úlcera venosa³³. El tratamiento quirúrgico de las varices con un fin estético no está financiado por el SNS¹².

El tratamiento conservador se recomienda en los pacientes asintomáticos o con síntomas leves o con contraindicación para el tratamiento quirúrgico. El tratamiento quirúrgico se hace necesario cuando los síntomas de las varices impactan significativamente en la calidad de vida de los pacientes³⁴ o cuando surgen complicaciones.

Para poder establecer las indicaciones y contraindicaciones del tratamiento quirúrgico en pacientes con IVC vamos a utilizar el sistema de clasificación clínica «C» de la CEAP³⁵, que es el sistema que se usa para clasificar a los pacientes tras la exploración física (tabla 2).

Tabla 2 Sistema CEAP. Se evalúan 4 aspectos (C: clínica, E: etiología, A: anatomía, P: patología). La más usada es la clasificación clínica (C)

Estadios	Descripción
Clase 0	Ausencia de signos visibles o palpables de enfermedad venosa
Clase C1	Telangiectasias o venas reticulares
Clase C2	Varices
Clase C3	Edema
Clase C4	Cambios tróficos, como pigmentación, eccema, lipodermatoesclerosis, atrofia blanca
Clase C5	Úlcera cicatrizada
Clase C6	Úlcera abierta

Todos estos estadios pueden ser a su vez sintomáticos o asintomáticos. Un paciente puede tener varios de estos estadios a la vez.

Criterios de inclusión

El tratamiento quirúrgico está indicado en pacientes con IVC superficial de la extremidad inferior grado C2-C6 de la clasificación CEAP.

Varices no complicadas

Pacientes con varices (CEAP C2) sintomáticas, siendo dichos síntomas atribuibles a las varices, o varices que por su extensión, localización y tamaño tengan un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes o que tengan riesgo de padecer una varicoflebitis³⁶. Se trata de varices que no causan daño ni amenaza a las piernas. Es el grupo de pacientes donde hay más incertidumbre sobre los beneficios y el coste-efectividad del tratamiento.

Varices complicadas

1. Pacientes que hayan sufrido una varicoflebitis de repetición.
2. Pacientes que hayan sufrido sangrado en sus varices (varicorragia). Es rara y casi siempre se produce en una zona de piel comprometida sobre la variz. Es alarmante y potencialmente grave.
3. Pacientes con edema (CEAP C3).
4. Pacientes con trastornos tróficos de la piel: pigmentación, eccema, lipodermatoesclerosis, atrofia blanca (CEAP C4).

La aparición de cambios tróficos en la piel de un paciente con varices es indicación de tratamiento con terapia compresiva y/o quirúrgico para prevenir la aparición de una úlcera venosa³⁷.

5. En caso de úlcera (CEAP C6), recomendamos la terapia compresiva como tratamiento inicial para lograr la cicatrización de la úlcera venosa con un grado de evidencia 1B.

Para disminuir la recurrencia de la úlcera, recomendamos la eliminación de la insuficiencia venosa superficial en combinación con la terapia compresiva con un grado de evidencia 1A¹⁷.

Los estudios aleatorizados y prospectivos no han demostrado que la cirugía de la insuficiencia venosa superficial acelere la cicatrización de la úlcera; lo que sí han demostrado es que recidivan menos³⁷⁻³⁹. No hay estudios que indiquen si la cirugía venosa debería hacerse con la úlcera activa o debería retrasarse hasta su cicatrización³⁸.

En pacientes con varices residuales o recidivadas se seguirán los mismos criterios de inclusión.

Criterios de exclusión de lista de espera para cirugía de varices en el Sistema Nacional de Salud

No están incluidos los pacientes que deseen eliminar sus varices por motivos estéticos o pacientes con varices asintomáticas o con pocos síntomas que no limiten su calidad de vida, de pequeño tamaño y/o que no hayan tenido complicaciones o alteraciones tróficas en la piel (tabla 3).

Tabla 3 Criterios de inclusión y exclusión en lista de espera para cirugía de varices en el Sistema Nacional de Salud

Criterios de inclusión

- Varices CEAP C2 sintomáticas
- Varices complicadas: varicoflebitis o varicorragia
- Varices CEAP C3
- Varices CEAP C4
- Varices con úlcera abierta o cicatrizada (CEAP C5-6)

Criterios de exclusión: motivos estéticos

Contraindicaciones absolutas

- Oclusión trombotica del sistema venoso profundo
- Malformaciones venosas con agenesia del sistema venoso profundo
- Varices secundarias a malformaciones arteriovenosas congénitas o fístulas arteriovenosas adquiridas
- Enfermedad arterial crónica de miembros inferiores en estadios avanzados (III y IV)
- Embarazo y/o lactancia
- Infección sistémica
- Obesidad mórbida (índice masa corporal ≥ 40 kg/m²)
- Enfermedad severa (cáncer, hepatitis progresiva, insuficiencia cardiaca, enfermedad arterial coronaria, insuficiencia renal)
- ASA IV

Contraindicaciones relativas

- Oclusión trombotica del sistema venoso profundo parcial con incompetencia del sistema venoso profundo
- Alteraciones de la coagulación: trombofilia grave, antecedentes personal o familiar de enfermedad tromboembólica, tratamiento anticoagulante
- Índice de masa corporal ≥ 30 kg/m²
- Personalizar en caso de edad avanzada
- Linfedema
- Infección local
- Enfermedad arterial crónica de miembros inferiores en estadio II
- ASA III

Contraindicaciones

La indicación/contraindicación de la cirugía de varices, al igual que cualquier otra cirugía, se debe hacer tras una evaluación individualizada de su riesgo/beneficio.

En general, la cirugía está contraindicada en pacientes con un riesgo significativo de presentar complicaciones anestésicas o de padecer un tromboembolismo pulmonar.

La cirugía de eliminación de varices del sistema venoso superficial está contraindicada cuando el sistema venoso profundo está obstruido o ausente.

Absolutas

- Oclusión trombótica del sistema venoso profundo.
- Malformaciones venosas con agenesia del sistema venoso profundo.
- Varices secundarias a malformaciones arteriovenosas congénitas o fistulas arteriovenosas adquiridas.
- Enfermedad arterial crónica de miembros inferiores en estadios avanzados (III y IV).
- Embarazo y/o lactancia en el momento del tratamiento.
- Existencia de infección sistémica.
- Obesidad mórbida (índice masa corporal ≥ 40 kg/m²).
- Enfermedad severa (cáncer, hepatitis progresiva, insuficiencia cardíaca, enfermedad arterial coronaria, insuficiencia renal).
- ASA IV.

Relativas

- Oclusión trombótica del sistema venoso profundo parcial con incompetencia del sistema venoso profundo. Dependerá del grado de recanalización y del funcionamiento del sistema venoso profundo tras la trombosis.
- Alteraciones de la coagulación: antecedentes de enfermedad tromboembólica personal o familiar, trombofilia grave, tratamiento anticoagulante. Deberá hacerse una valoración individualizada.
- Índice de masa corporal ≥ 30 kg/m².
- La edad no es una contraindicación per se, aunque hay que tener en cuenta la disminución de las reservas fisiológicas que acompañan al envejecimiento y que aumentan la morbimortalidad operatoria. Por tanto, debemos seleccionar los pacientes y la técnica quirúrgica a emplear de forma individualizada en los mayores, ya que con las nuevas técnicas de tratamiento mínimamente invasivas que se realizan sin anestesia, como la escleroterapia, o con anestesia local, como el CHIVA o las térmicas, se han ampliado las indicaciones, y esto incluye a los pacientes mayores. Es preciso realizar una evaluación del riesgo quirúrgico y/o anestésico y el beneficio a obtener con la intervención quirúrgica.
- Linfedema de miembros inferiores. Debemos evaluar el estadio del linfedema y la técnica quirúrgica. Son preferibles las técnicas con menos posibilidades de dañar las estructuras linfáticas por la propia técnica en sí o por sus posibles complicaciones.
- Enfermedad arterial crónica de miembros inferiores en estadio II.
- Existencia de infección local.
- ASA III.

Tabla 4 Sistema de priorización (consenso de Hawái)

	Puntuación		
	0 puntos	1 punto	2 puntos
<i>Dolor</i>	Ausente	Leve	Intenso
<i>Edema</i>	Ausente	Leve	Moderado
<i>Claudicación venosa</i>	Ausente	Leve	Moderada
<i>Pigmentación</i>	Ausente	Localizada	Extensa
<i>Lipodermatoesclerosis</i>	Ausente	Localizada	Extensa
<i>Úlceras</i>			
Tamaño		< 2 cm	> 2 cm
Duración		< 3 meses	> 3 meses
Recidivas		Una	Más de una
N.º de úlceras		Única	Múltiples

A mayor puntuación, mayor prioridad (0-18).

Contraindicaciones específicas de las nuevas técnicas percutáneas

Técnicas de ablación endoluminal térmica:

- Tortuosidad o antecedentes de tromboflebitis en la vena safena que impidan la entrada de la fibra en el interior de la safena.
- Venas safenas de diámetro muy grande o muy pequeño.
- Encamamiento y movilidad muy limitada

Técnicas de ablación endoluminal química: escleroterapia ecoguiada con espuma:

- Alergia conocida a la sustancia esclerosante.
- Encamamiento y movilidad muy limitada.
- Foramen oval conocido y sintomático.

Conclusiones

La gran mayoría de los pacientes con varices que acuden al médico tienen síntomas, y en una menor proporción complicaciones graves, como cambios tróficos y úlcera venosa.

Tabla 5 Sistema de priorización

Criterio	Niveles	Puntos
Gravedad	Leve	0
	Moderada	26
	Severa	50
Tamaño	Normales	0
	Grandes	7
Complicaciones	Sin	0
	Con	18
Calidad de vida	Leve	0
	Moderada	8
	Severa	16
Factores laborales agravantes	Sin	0
	Con	9

Fuente: De Bellmunt et al.⁴⁰

A mayor puntuación, mayor prioridad (0-100).

Los tratamientos conservador y quirúrgico de las varices alivian los síntomas y mejoran la calidad de vida de estos pacientes.

El tratamiento quirúrgico en las varices sintomáticas con reflujo de la safena es más eficaz que el tratamiento conservador en aliviar los síntomas, mejorar la calidad de vida y la satisfacción de los pacientes y es el más coste-efectivo. Por tanto, es el tratamiento de elección en estos pacientes.

Priorización en listas de espera

Introducción

Las listas de espera son resultado de un desequilibrio entre la oferta y la demanda de los servicios de salud de las enfermedades llamadas «prevalentes». La IVC (varices) es una de las patologías que genera mayores listas de espera

Tabla 6 Sistema de priorización de Cataluña

Criterios ponderados	Peso (%)
Gravedad de la patología/síntoma principal (37%)	
<i>Según la escala CEAP (Clínica, Etiología, Anatomía, Fisiopatología) y síntomas</i>	
Grado C2 (varices colaterales o tronculares) asintomático	0
Grado C2 (varices colaterales o tronculares) sintomático	10
Grado C3 (C2 + edema) asintomático	20
Grado C3 (C2 + edema) sintomático	25
Grado C4 (C3 + cambios cutáneos típicos de insuficiencia venosa crónica (IVC - dermatitis ocre, lipodermoesclerosis, eccema) asintomático	30
Grado C4 (C3 + cambios cutáneos típicos de insuficiencia venosa crónica (IVC - dermatitis ocre, lipodermoesclerosis, eccema) sintomático	32
Grado C5 (C4 + cambios cutáneos con úlcera cicatrizada) o C6 (C4 + cambios cutáneos con úlcera activa) asintomático	35
Grado C5 (C4 + cambios cutáneos con úlcera cicatrizada) o C6 (C4 + cambios cutáneos con úlcera activa) sintomático o varices complicadas (varicoflebitis y/o varicorragia)	37
Progresión de la enfermedad (15%)	
<i>En función del tamaño de las varices (pueden ser valoradas según un sistema de cruces o por el tamaño de la vena safena interna o externa) y la presencia de complicaciones</i>	
Varices pequeñas (de una cruz de tamaño o con safena interna/externa < 6 mm)	0
Varices medianas (de 2 cruces de tamaño o con safena interna/externa entre 6 y 9 mm)	6
Varices grandes (de 3 cruces o safena > 9 mm)	10
Varices con complicaciones (varicotrombosis o varicoflebitis y/o varicorragia y/o úlceras y/o cambios cutáneos)	15
Limitación de las actividades de la vida diaria a causa de la patología (14%)	
<i>Limitación, a causa de la patología, para realizar las actividades de la vida cotidiana que se realizaban antes de tener la patología. No se ha de confundir con la gravedad de la patología</i>	
Tiene algunos problemas para realizar sus actividades cotidianas	0
Tiene bastantes problemas para realizar sus actividades cotidianas	7
Es incapaz de realizar sus actividades cotidianas debido al reposo que requiere por sus varices	14
Probabilidad o grado de recuperación (12%)	
<i>En general, la operación de varices suele ser exitosa pero pueden haber situaciones que hagan que la prioridad de éxito clínico o de resolución sean menores; por ejemplo, la no mejora sintomática con medias elásticas, la obesidad, los problemas ortopédicos, la limitación funcional por otras enfermedades, la complejidad del tratamiento o la posible resolución definitiva de las varices. Se han considerado 3 niveles de probabilidad de recuperación en función del porcentaje de éxito de recuperar total o casi totalmente lo que se había perdido</i>	
Baja (50-75%)	0
Moderada (76-95%)	6
Alta (> 95%)	12
No tener a nadie que cuide al enfermo en caso de necesidad	
<i>En caso de necesidad, disponibilidad o no de tener a alguna persona que ayude o cuide al enfermo en sus actividades diarias. En caso de no necesitar a nadie que cuide de la persona, se desestima este criterio. También se desestima en caso de que la patología no cause necesidad de ser cuidado</i>	
Tiene alguna persona o no la necesita	0
No tiene a ninguna persona	8

Fuente: De Solans et al.⁴¹.

A mayor puntuación, mayor prioridad.

en nuestro país y, a pesar de tratarse de una enfermedad a priori banal, sus grados clínicos más avanzados y sus complicaciones pueden llegar a ser importantes desde el punto de vista clínico, psíquico y social. Por ello, es importante considerar la necesidad de priorizar por un sistema que no sea por el orden de llegada («*first in, first served*»). Además, la sistemática de priorización ha de ser transparente, objetiva y universal para poder asegurar su equidad.

Objetivo

Describir los sistemas de priorización consensuados en nuestro país, sus ventajas e inconvenientes, y recomendar la aplicación de los mismos en el SNS.

Sistemas de priorización

En el año 2004, la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo de la Comunidad de Madrid elaboró el protocolo «Indicaciones y priorización en la cirugía de varices de miembros inferiores. Protocolo de procedimiento quirúrgico PPQ07/04»³⁶. En dicho documento se consideraron como criterios adecuados para la priorización: el dolor (leve e intenso); el edema (leve o moderado); la claudicación venosa (leve o moderada); la pigmentación (localizada o extensa); la lipodermatoesclerosis (localizada o extensa), y la presencia de úlceras. Este sistema de priorización se resume en la [tabla 4](#), está basado en el Consenso de Hawái y es el propuesto por la SEACV en su documento del año 1999⁸.

En el año 2008 se publicó el primer sistema de priorización de cirugía de varices desarrollado y validado en nuestro país⁴⁰. Esta primera publicación revelaba los datos de un estudio preliminar que ha sido posteriormente completado y que está pendiente de publicación. Se realizó mediante la organización de «grupos focales», con representantes de las sociedades científicas a nivel nacional y de la comunidad autónoma de Cataluña, y mediante la aplicación del análisis de conjuntos (*conjoint analysis*). La ponderación de los criterios elegidos se realizó mediante una encuesta hecha a pacientes, familiares y profesionales implicados en la lista de espera (cirujanos vasculares, médicos de familia y enfermería). Dicho sistema propone la priorización mediante el baremo de la [tabla 5](#). En este sistema de priorización, la gravedad de la patología se evalúa mediante los siguientes criterios: la escala CEAP (C2: leve; C3-C4: moderada; C5-C6: severa), el tamaño (si las varices miden más o menos de 10 mm), las complicaciones (si los pacientes han presentado varicoflebitis o varicorragia), la calidad de vida (utilizando la única escala validada en nuestro país, la escala CIVIQ) y los factores laborales agravantes. Se trata de una escala del 0 al 100, y tiene más prioridad el paciente con mayor puntuación.

En la misma línea de trabajo, en la comunidad de Cataluña se ha publicado recientemente un documento de priorización «universal» para todas las patologías prevalentes, adaptado a la patología venosa⁴¹. El diseño y la ponderación han sido realizados por un grupo multidisciplinar de expertos. Se muestra en la [tabla 6](#).

El sistema de Bellmunt et al.⁴⁰ es el único sistema validado en nuestro país y el único que tiene una validación completa, pues ha contado con la opinión de todos los grupos implicados (pacientes, familiares y profesionales). Este sistema tiene el inconveniente de que emplea la valoración de la calidad de vida, parámetro que solo puede evaluarse correctamente con el cuestionario CIVIQ de 20 preguntas, único cuestionario validado en nuestro país. Esta situación hace que el cuestionario inicial de 5 preguntas se convierta en uno de 25.

Por otro lado, se ha desarrollado en nuestro medio el cuestionario de Solans et al.⁴¹, pero no ha contado con la colaboración de pacientes y familiares. Este sistema será consensuado con las sociedades científicas de la comunidad de Cataluña y muy posiblemente aplicado en breve en dicha comunidad.

Conclusión

Para limitar la lista de espera es necesario ser muy estricto en las indicaciones de cirugía. Si a pesar de ello la demanda supera a la oferta, es preciso priorizar a los pacientes. La mera priorización según el orden de llegada a la lista puede crear problemas clínicos, psicológicos y sociales, sobre todo en pacientes con grados muy avanzados y complicaciones.

La aplicación de un criterio de priorización explícito y consensuado puede asegurar la equidad del proceso y una mejor adecuación a la realidad de cada paciente.

De todos los modelos propuestos, los 2 últimos y más recientes aportan una escala normalizada entre 0 y 100. Parece, posible establecer un punto de corte por debajo del cual los pacientes puedan demorar la cirugía sin límite de tiempo. Solo los pacientes que sobrepasaran ese punto de corte de una cierta puntuación tendrían que ser priorizados e intervenidos. El punto de corte debe basarse en criterios clínicos, aunque pueden influir criterios de eficiencia o de sostenibilidad del sistema.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Lozano F. La insuficiencia venosa crónica en España. Estudio epidemiológico RELIEF. *Angiología*. 2001;53:5-16.
2. Gesto-Gastromil R, Grupo DETECT-IVC. Estudio DETECT-IVC 2000. *Angiología*. 2001;53:249-60.

3. González MJ, Alonso M, García Gimeno M, Maol E, Morán CF, Ortega JM, et al. Estudio de la frecuentación por enfermedad vascular en atención primaria. *Angiología*. 2002;54:118–26.
4. Alvarez-Fernandez LJ. Encuesta epidemiológica sobre la insuficiencia venosa crónica en España: estudio DETECT-IVC 2006. *Angiología*. 2008;60:27–36.
5. Lozano FS, Masegosa A, Alvarez J, Marinello J, DETECT-2006 Group. Occurrence and management of chronic venous disease in primary health care in Spain. A comparison of DETECT-2006 with DETECT-2000. *Int Angiol*. 2009;28:62–7.
6. Estatutos de la SEACV, 2008. Barcelona: Glosa; 2012.
7. Bellmunt S, Díaz S, Sanchez I, Fuentes E, Fernández F, Piquer N. Criterios de derivación entre niveles asistenciales de pacientes con patología vascular. Documento de consenso semFYC-SEACV. *Angiología*. 2012;64:135–45.
8. Marco-Luque MA, Cuesta C, Gesto R, Martínez M, Mateo A, Suárez L, Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular. Recomendaciones para la inclusión en lista de espera quirúrgica de pacientes con varices. *Angiología*. 1999;2:93–6.
9. López-Quintana A. Registro Actividad Asistencial 1997. *Angiología*. 1999;6:275–80.
10. Moreno Carriles RM. Registro de actividades de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular, año 2010. *Angiología*. 2012;64:13–30.
11. Michaels JA. Randomised clinical trial observational study and assessment of cost-effectiveness of the treatment of varicose veins (REACTIV trial). *Health Technology Assessment (HTA)*. 2006;10:1–196.
12. Real Decreto-Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE número 98 de Martes, 24 de Abril de 2012. Sec I. Pag. 31278-312.
13. Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular. Capítulo Español de Flebología. Libro Blanco sobre insuficiencia venosa crónica y su impacto en la Sanidad Española. Horizonte del año 2012. Macro-estudio prospectivo basado en el método Delphi. Madrid: SEACV; 2004.
14. Guía de buena práctica clínica en patología venosa. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y OMC de España; 2004.
15. Juan Samsó J, Fontcuberta García J, Senín Fernández ME, Vila Coll R. Guía básica para el diagnóstico no invasivo de la insuficiencia venosa. Capítulo de Diagnóstico Vascular no Invasivo de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular. *Angiología*. 2002;54:44–56.
16. Maeseener MD, Pichot O, Cavezzi A, Earnshaw J, Van Rij A, Lurie F, et al. Duplex Ultrasound Investigation of the Veins of the Lower Limbs after Treatment for Varicose Veins. UIP Consensus Document. Bonn: Rabbe Medical Publishing; 2011. p. 227–60.
17. Gloviczki P, Comerota AJ, Dalsing MC, Eklof BG, Gillespie DL, Gloviczki ML, et al. The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. *J Vasc Surg*. 2011;53 Suppl 5:2S–48S.
18. Kabnick LS. Varicose veins: endovenous treatment. En: Cronenwett JL, Johnston KW, editores. *Rutherford's Vascular Surgery*. 7th ed. Philadelphia: Saunders; 2010. p. 871–88.
19. Winterborn R. Treatment of varicose veins: the present and the future —a questionnaire survey. *Ann R Coll Surg Engl*. 2008;90:561–4.
20. Jia X, Mowatt G, Burr JM, Cassar K, Cook J, Fraser C. Systematic review of foam sclerotherapy for varicose veins. *Br J Surg*. 2007;94:925–36.
21. Darvall KA, Bate GR, Adam DJ, Silverman SH, Bradbury AW. Duplex ultrasound outcomes following ultrasound-guided foam sclerotherapy of symptomatic recurrent great saphenous varicose veins. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2011;42:107–14.
22. Cabrera J, Redondo P, Becerra A, Garrido C, Cabrera Jr J, Garcia-Olmedo A, et al. Ultrasound-guided injection of polydioxanone microfoam in the management of venous leg ulcers. *Arch Dermatol*. 2004;140:667–73.
23. Gloviczki P, Dalsing MC, Eklöf B, Moneta GL, Wakefield TW, editores. *Handbook of Venous Disorders: Guidelines of the American Venous Forum*. 3rd ed. Oxford: Oxford University; 2009.
24. Kahn SR. Relationship between clinical classification of chronic venous disease and patient reported quality of life: results from an international cohort study. *J Vasc Surg*. 2004;39:823–8.
25. MacKenzie RK. The effect of long saphenous vein stripping on quality of life. *J Vasc Surg*. 2002;35:1197–203.
26. Darwood RJ, Gough MJ. Endovenous laser treatment for uncomplicated varicose veins. *Phlebology*. 2009;24 Suppl 1:50–61.
27. Lurie F, Creton D, Eklof B. Prospective randomized study of endovenous radiofrequency obliteration (closure) versus ligation and vein stripping (EVOLVEs): two-year follow-up. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2005;29:67–73.
28. Katy AL. Changes in health-related quality of life after ultrasound-guided foam sclerotherapy for great and small saphenous varicose veins. *J Vasc Surg*. 2010;51:913–20.
29. lafrati MD. Correlation of venous noninvasive tests with the Society for Vascular Surgery/International Society for Cardiovascular Surgery clinical classification of chronic venous insufficiency. *J Vasc Surg*. 1994;19:1001–7.
30. Bradbury A, Evans C, Allan P, Lee A, Ruckley CV, Fowkes FGR. What are the symptoms of varicose veins? Edinburgh vein study cross-sectional population survey. *BMJ*. 1999;318:353–6.
31. Perrin MR. Recurrent varices after surgery (REVAS): a consensus document. *REVAS Group. Cardiovasc Surg*. 2000;8:233–45.
32. Campbell WB. Outcome of varicose vein surgery at 10 years: clinical findings, symptoms and patient satisfaction. *Ann R Coll Surg Engl*. 2003;85:52–7.
33. Leopardi BS. Systematic review of treatment for varicose veins. *Ann Vasc Surg*. 2009;23:264–76.
34. National Institute for Clinical Excellence. Referral Practice: a guide to appropriate referral from general to specialist services. London: NICE; 2000.
35. Eklof B. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: Consensus statement. *J Vasc Surg*. 2004;40:1248–52.
36. Unidad de Evaluación de Tecnología sanitaria. Agencia Laín Entralgo. Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid. Indicaciones y priorización en la cirugía de varices de miembros inferiores. Protocolo de procedimientos quirúrgicos PPQ 07/04. Diciembre 2004.
37. Gohel MS, Barwell JR, Taylor M, Chant T, Foy C, Earnshaw JJ, et al. Long term results of compression therapy alone versus compression plus surgery in chronic venous ulceration (ESCHAR): randomised controlled trial. *BMJ*. 2007;335:83–7.
38. Gillespie DL. Venous ulcer diagnosis, treatment, and prevention of recurrences. *J Vasc Surg*. 2010;52:85–145.
39. Zamboni P, Cisno C, Marchetti F, Mazza P, Fogato L, Carandina S, et al. Minimally invasive surgical management of primary venous ulcers vs. compression treatment: a randomized clinical trial. *Eur J Vasc Surg*. 2003;25:313–8.
40. Bellmunt-Montoya S, Giménez-Gaibar A, Hospedales-Salomó J, González-Cañas E, Badia X, Lara-Suriñach N. Estudio para el establecimiento de un sistema de priorización de listas de espera para cirugía de varices. *Angiología*. 2008;60:333–46.
41. Solans M, Adam P, Espallargues M. Elaboració d'un sistema universal/genèric de priorització de pacients en llista d'espera. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut, Servei Català de la Salut, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2012.