

## DOVIDA 30

noticias sobre Insuficiencia Venosa Crónica

## Un nuevo tratamiento prometedor para la enfermedad tromboembólica venosa (ETEVE)

Dra. Lourdes Reina. Jefa del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital de la Cruz Roja. Madrid.

En septiembre del pasado año se publicó en *Circulation* los resultados del estudio SURVET. En este ensayo clínico randomizado, multicéntrico, de 650 pacientes, la sulodexida redujo a la mitad el riesgo de recurrencia del evento tromboembólico venoso sin aumentar el riesgo hemorrágico tras un tratamiento oral durante 2 años con 100 mg/día repartidos en dos tomas. Los pacientes habían sufrido un episodio idiopático de ETEVE y fueron tratados inicialmente con anticoagulación oral durante un periodo de 3 a 12 meses.

Tras estos datos, sulodexida abre una puerta al tratamiento de un grupo considerable de pacientes con una ETEVE idiopática dentro del marco de las recomendaciones de la última edición del *Chest* de febrero del 2016.

El grupo de pacientes que más se beneficiaría son pacientes mayores y frágiles con un riesgo elevado de recurrencia de ETEVE, pero también con un elevado riesgo de hemorragia o con contraindicación para la anticoagulación por una función renal disminuida o interacciones medicamentosas. La recomendación actual para este grupo de pacientes es no continuar con la anticoagulación indefinida tras la anticoagulación inicial de 3 a 6 meses. El uso de sulodexida supone un beneficio frente a no tomar nada.

Otro grupo de pacientes susceptibles de tratamiento son aquellos que, aun teniendo un riesgo bajo de recurrencia, prefieren seguir un tratamiento seguro que disminuya la posibilidad de recurrencia. La recomendación actual en este grupo de pacientes es no continuar con la anticoagulación.

En pacientes jóvenes con un elevado riesgo de recurrencia e indicación de anticoagulación indefinida, pero con un riesgo elevado de hemorragia por practicar deportes o actividades con



riesgo hemorrágico, la sulodexida puede ser una alternativa a la anticoagulación. Otras indicaciones que se plantean son los pacientes con trombosis venosa profunda distal recurrente o con tromboflebitis venosa superficial no varicosa de repetición, donde no hay evidencia para recomendar la

anticoagulación, y la sulodexida sería una alternativa a no recibir ningún tipo de tratamiento.

El grupo de pacientes que genera más dudas sobre si continuar o no con la anticoagulación extendida son aquellos pacientes con un riesgo moderado de recurrencia de ETEVE y un riesgo

moderado de hemorragia. Según los últimos estudios (RE\_SONATE, EINSTEIN-EXT, AMPLIFY-EXT), el apixaban parece ser el mejor entre los anticoagulantes orales en esta indicación por una menor incidencia de hemorragias. La sulodexida, aunque menos eficaz para disminuir las recurrencias, se presenta como una atractiva alternativa a la no anticoagulación.

Para aquellos que pensaran que la aspirina a baja dosis tenía un papel en la enfermedad tromboembólica venosa, la comparación de los resultados del estudio SURVET con los estudios WARFASA y ASPIRE y el análisis conjunto de ambos dejan claro que la reducción de los eventos tromboembólicos venosos con la aspirina es mucho menor (tan solo del 30% frente al 54% de la sulodexida), con un riesgo elevado de hemorragia clínicamente significativa (*hazard ratio* de 1,47 frente al 0,97 de la sulodexida).

**La sulodexida, un glicosaminoglicano natural, no solo protege el endotelio y es un potente antiinflamatorio venoso que mejora los síntomas y signos de la enfermedad venosa crónica, particularmente sus estadios avanzados, sino que también es un fármaco antitrombótico y profibrinolítico que disminuye la recurrencia en pacientes con una ETEVE idiopática tras un tratamiento inicial con anticoagulación de 3 a 12 meses sin aumentar el riesgo de hemorragias.**

Coordinación editorial:  
IM&C International Marketing & Communication, S.A.  
Alberto Alcocer, 13, 1.º D. 28036 Madrid.  
Tel.: 91 353 33 70. Fax: 91 353 33 73  
www.imc-sa.es • imc@imc-sa.es  
ISSN: 2444-4111  
Depósito Legal: M-24898-2015

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin permiso escrito del titular del copyright.  
Patrocinado por: TEDEC-MEIJER FARMA  
Ctra. M-300. Km 30,500. 28802 Alcalá de Henares, Madrid.

## Sumario

## Entrevista



Dr. Fidel Fernández Quesada. Pág. 2

## Noticias

La vena en el 62 Congreso Nacional de la SEACV Pág. 2

## Editorial

Flebología, una parte de la Angiología y la Cirugía Vascular. ¿Dónde estamos? Pág. 3

## Who is who?

CEFYL (Junta directiva y CC). Pág. 3

## Patologías relacionadas

El síndrome de congestión pélvica. Pág. 3

## Aula IVC

Formación en patología venosa dentro de la especialidad de Angiología y Cirugía Vascular. Pág. 4

## Nota de prensa

Mejor panel del CEFYL presentado en el 62 Congreso de la SEACV 2016. Pág. 4

## Investigación

Investigación venosa en España. Pág. 4

## Especial residentes

El congreso desde los ojos del residente. Pág. 5

## App

Vascutask. Pág. 5

## Calidad asistencial

Grupo de calidad. Pág. 5

## Coordinación con AP

Protocolos de derivación y seguimiento efectivo. Pág. 6

## Relación entre Cirugía Vascular y Atención Primaria

¿Qué nos falta? Pág. 6

## Resumen de la asamblea ordinaria

Pág. 7

## Nombramientos

Pág. 7

## Premios

Pág. 7

## Webs, Humor

Pág. 7

## Mirando al 2017

Pág. 8

62

CONGRESO  
SEACV

BARCELONA - SITGES



XXIV Congreso Nacional del Capítulo Español de Flebología y Linfología de la SEACV

XIX Congreso Nacional del Capítulo de Diagnóstico Vascular de la SEACV

XII Congreso Nacional del Capítulo de Cirugía Endovascular de la SEACV

Sociedad Española  
de Angiología y Cirugía Vascular

7 - 8 - 9 - 10 - JUNIO DE 2016

HOTEL MELIÀ SITGES

## Entrevista

### Dr. Fidel Fernández Quesada Presidente del CEFyL de la SEACV



La entrevista de este número a sido realizada al doctor Fidel Fernández Quesada, actual Presidente del CEFyL que nos ha hablado sobre la relación entre esta sociedad, su sociedad matriz (SEACV) y los diferentes capítulos y grupos que la componen.

**Presidente del CEFyL de la SEACV... ¿qué significan realmente esa serie de siglas?**

Esas nueve siglas tienen toda su razón de ser y su fundamento. Cuando se habla de nuestra sociedad científica, el Capítulo español de Flebología y Linfología (la sociedad científica en nuestro país que se encarga del estudio y tratamiento de las enfermedades de las venas y de los linfáticos), es importante usarlas todas para determinar con ellas quiénes somos, de dónde venimos, a dónde vamos y cuál es nuestro cometido.

Nuestra sociedad matriz, la SEACV, Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular, nace en 1959, inicialmente como Sociedad Española de Angiología.

Más tarde, hace 24 años (el año que viene cumpliremos un cuarto de siglo), nace nuestro capítulo, y posteriormente han surgido otros capítulos, secciones y grupos de trabajo, debido a que, al abarcar la SEACV distintas áreas de conocimiento (arterial, venosa y linfática) y diversos aspectos en cada una de ellas (investigación, epidemiología, tratamiento médico y quirúrgico, tanto clásico como endovascular), ha desarrollado en su seno una serie de capítulos y grupos de trabajo que pueden definir mejor esos aspectos diferenciales de cada uno.

Por eso, hace casi un cuarto de siglo nació primero nuestro capítulo, al que posteriormente se unieron el de Diagnóstico Vascular y el de Cirugía Endovascular. Posteriormente se han creado dos secciones, Pie Diabético y Medicina Vascular, y dos grupos de trabajo, el de Calidad Asistencial y el de Accesos Vasculares.

Todos ellos funcionan de manera autónoma como sociedades científicas, pero al mismo tiempo se engloban en la SEACV. Los años pares, como este, celebramos congresos conjuntos y en los impares tenemos congresos independientes.

Esta estructura permite que todos tengamos un lugar común dentro de la SEACV, que nos proporciona una señal de identidad y una representación dentro de nuestra especialidad, y al mismo tiempo permite que se puedan reconocer sensibilidades y afinidades específicas dentro de cada uno de esos aspectos diferentes de nuestra especialidad.

**Entonces... ¿son una sociedad exclusiva de especialistas de Cirugía Vascular?**

No, nuestra sociedad es abierta e inclusiva a otras especialidades y otros perfiles. Es cierto que tanto la Angiología (la parte de la medicina que se ocupa de los vasos), como la Flebología (la que se ocupa específicamente de las venas) o la Linfología (de los lin-

**“Nuestra sociedad es abierta e inclusiva a otras especialidades y otros perfiles”**

fáticos) son partes específicas de nuestra especialidad, la Angiología y Cirugía Vascular, y que nuestra especialidad es la única que tiene en su cartera de servicios y en la formación como residentes todo el espectro de la patología, del diagnóstico y del tratamiento de todas las enfermedades de los vasos, pero no es menos cierto que hay otras especialidades y otros compañeros que, de una forma u otra, también tratan a los mismos pacientes, ya sea en el ámbito venoso o, por citar otras secciones, en el pie diabético, en los accesos vasculares para diálisis, en los factores de riesgo vascular... Incluso, con la supresión de barreras laborales, hay titulaciones de otros países que se solapan en parte con la nuestra, ya que no en todas partes la formación especializada es superponible. Por eso, tanto la SEACV como los capítulos, secciones y grupos de trabajo tienen un lugar para que estos compañeros con sensibilidad o afinidad similares puedan participar de nuestras distintas actividades. ■

## Noticias

### La vena en el 62 Congreso Nacional de la SEACV

**Dra. Dolores Ballesteros Ortega.** Especialista en Cirugía Vascular y Angiología del Hospital Universitario de Albacete.

Durante el congreso que ha tenido lugar en Sitges del 7 al 10 de junio, la patología venosa y el CEFyL han estado muy presentes.

El día 7 de junio se realizó una mesa redonda moderada por el Dr. Fernández Quesada sobre: “Tratamiento endovascular de la patología venosa en el sector ilio-cava, indicaciones y opciones terapéuticas”. En ella participaron expertos de reconocido prestigio tanto a nivel nacional como internacional, como el Dr. Leal Monedero, el Dr. Zubicoa, el Dr. Alós y el Dr. Águila. Este último doctor vino desde México para compartir con nosotros su experiencia en la reconstrucción del sector ilio-cava en pacientes con síndrome post-trombótico. En esta mesa se llevó a cabo una valiosa actualización de las opciones terapéuticas endovasculares tanto de la TVP aguda como de los síndromes posttrombóticos, compresivos y de congestión pélvica.

A continuación tuvo lugar una interesante mesa pro/contra moderada por el Dr. Estallo sobre las diversas técnicas disponibles hoy en día para el tratamiento de la EVC, con el



título: “¿Han desbancado las técnicas endovasculares a la cirugía convencional?”. Los doctores Miquel y Martínez expusieron de forma excepcional las indicaciones, ventajas e inconvenientes de las distintas técnicas disponibles en el tratamiento de las varices, concluyendo que es indispensable para el cirujano vascular de hoy conocer todas ellas para poder ofertar a nuestros pacientes la técnica más adecuada en función de las características fisiopatológicas de su enfermedad.

Ese mismo día por la tarde, en el espacio reservado al CEFyL en el congreso, se llevaron a cabo dos mesas redondas sobre temas muy candentes y de gran actualidad en la práctica clínica habitual. Por un lado, el Dr. Casals, hematólogo del IMV Barcelona y Former Visiting Professor McMaster University, Canadá, realizó una exhaustiva actualización sobre el tratamiento de la ETEV, los nuevos anticoagulantes orales y las indicaciones de prolongar o no el tratamiento más allá de los 6 primeros meses en

función del riesgo de recidiva tromboembólica y el riesgo hemorrágico. Por otro lado, el Dr. Roche, en colaboración con la Dra. Oller, el Dr. Arimany (director del área de praxis del COMB) y el Sr. Saigi (abogado del COMB), lograron despertar el interés de la audiencia sobre un tema tan apasionante como desconocido por muchos de nosotros, como son: “los aspectos médicos legales en cirugía vascular”.

El día 9 tuvo lugar un *symposium* sobre sulodexida en la prevención de la recurrencia de la trombosis venosa profunda.

Durante el congreso se impartió un interesante y práctico curso dirigido por el Dr. Fernández Quesada y titulado: “Proyectos de investigación: del diseño al artículo”. En él intervinieron varios médicos e investigadores de renombre que expusieron de forma magistral los aspectos esenciales en la creación de proyectos de investigación. Desde el diseño a la preparación de una memoria de investigación, los trámites para la aprobación por el comité de ética local de investigación, así como las

opciones de financiación y publicación del resultado en forma de artículo.

Esto pone de manifiesto el interés que sigue despertando la patología venosa entre los cirujanos vasculares, ya que esta representa una de las enfermedades más prevalentes en nuestra práctica clínica habitual.

#### Mejor comunicación venosa

Dentro de la mesa de comunicaciones mejor puntuadas, la Dra. Madaay Cabrero Fernández, del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, presentó: “Estudio prospectivo sobre la eficacia y seguridad de la ablación por radiofrecuencia de safenas internas insuficientes mayores o iguales a 12 mm”. Este estudio prospectivo con más de 257 pacientes concluye que la radiofrecuencia puede ser una opción de tratamiento segura y efectiva para sellar safenas insuficientes con diámetros superiores a los 12 mm, sin que existan diferencias significativas en cuanto a complicaciones entre los dos grupos, y con similares tasas de éxito en cuanto a la oclusión de la safena interna tratada. ■

## Editorial

# Flebología, una parte de la Angiología y la Cirugía Vascular. ¿Dónde estamos?

**Dr. Luis Javier Álvarez Fernández.** *Presidente de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (SEACV). Jefe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital de Cabueñes. Gijón. Asturias.*



La Flebología es una rama de la medicina que estudia todo lo relacionado con las venas, tanto desde el punto de vista del diagnóstico como del tratamiento de sus enfermedades o la prevención. Su patología es de las más prevalentes, afectando a una gran parte de la población.

Dentro de las enfermedades más conocidas cabe destacar la trombosis venosa profunda (TVP), la varicoflebitis, los edemas, las varices tronculares o reticulares, las varículas, los cambios tróficos en las extremidades inferiores, las úlceras y los angiomas. Todo lo relacionado con el mal drenaje sanguíneo de las piernas se engloba en el concepto de enfermedad de insuficiencia venosa crónica (EVC o IVC).

En el estudio DETECT, realizado por 1.118 médicos de Atención Primaria (AP) con 16.770 personas que acudían por cualquier motivo a una consulta de AP, se determinó que el 71% refería algún síntoma o signo dependiente de la IVC<sup>1</sup>.

La pregunta que surge es: ¿Cómo tratándose de una patología tan prevalente se le concede tan poca importancia en su enfoque terapéutico? En numerosas ocasiones el paciente se queja de la poca atención que se le presta, tanto en la consulta de Atención Primaria como también en la del especialista. Esto viene dado porque es una patología poco grave y, por lo tanto, poco importante para muchos profesionales, ya que, si exceptuamos la TVP, no pone en riesgo la vida del paciente. Sin embargo, la realidad diaria de quien la sufre es que continúa padeciendo sus molestas consecuencias; no se afecta su "cantidad" de vida, sino la calidad de la misma. Si buscamos una disculpa para justificar esta "pasividad" del médico, quizás venga dada por el sistema de atención sanitaria imperante en España, que determina que el médico de Atención Primaria esté sobrecargado en su consulta con patologías "graves" y el especialista en Angiología y Cirugía Vascular por la "patología arterial". Esto trae como consecuencia que,

cuando el paciente relata su sintomatología relacionada con un trastorno venoso, el médico crea que está perdiendo el tiempo y que mejor estaría atendiendo a otro paciente etiquetado como "grave" o con patología más importante; por lo tanto, lo escucha poco y no lo trata o lo hace inadecuadamente. Las consecuencias pueden ser varias: una es que el paciente continúa con sus molestias y se resigna a convivir con ellas y la consiguiente pérdida de calidad de vida (lo más habitual), y otra, que trate de buscar una respuesta satisfactoria fuera del sistema sanitario público. Si opta por esta última solución, el paciente, seguramente, acudirá al médico que más influencia mediática tenga, sin reparar en que esté formado específicamente para tratarlo, ya que en el fondo no sabe a qué especialista debe acudir. Otra cosa sería que padeciese una enfermedad ocular, metabólica o digestiva, para cuyo manejo no se le ocurriría acudir a otro especialista distinto al oftalmólogo, endocrino o digestólogo, respectivamente, por muy banal que fuese su dolencia. Sin embargo, en la IVC existen numerosos médicos, no formados específicamente por el sistema MIR, que publicitan tratamientos para alguna de estas patologías sin disponer de unos conocimientos y habilidades

diagnósticas y terapéuticas adecuadas. Esto ocurre porque, en numerosas ocasiones, un mal enfoque terapéutico no condiciona deterioro importante de la salud, es decir, no acarrea efectos secundarios perjudiciales; como mucho, el paciente se queda como estaba y continúa resignado a que su dolencia no tiene solución. Pero, lamentablemente, no siempre es así, sobre todo cuando se cruza imprudentemente la frontera hacia tratamientos más agresivos... y se finaliza delimitando responsabilidades en los juzgados. Debemos recordar que en España no están reconocidas oficialmente las especialidades de flebología, medicina vascular, especialista en varices, trastornos circulatorios, etc., que se pueden leer con frecuencia en la propaganda más o menos enmascarada de algunas clínicas y consultas. En nuestro país, todas estas actividades y conceptos se encuentran englobados en la especialidad vía MIR de Angiología y Cirugía Vascular (**especialidad medico-quirúrgica**), que se encarga del diagnóstico, tratamiento médico y quirúrgico y prevención de las enfermedades arteriales, venosas y linfáticas.

Entonces, ¿qué deberíamos hacer? En primer lugar, **concienciar a los médicos de Atención Primaria de la importancia de esta patología. Constituyen el primer eslabón y la piedra angular**

**sobre la que pivota toda la atención médica.** Es muy importante "perder tiempo" en escuchar al paciente, que a veces tiene dificultad para expresar lo que le ocurre y tiende a mezclar síntomas de otras patologías, de ahí que la historia bien dirigida es fundamental. La formación de los médicos de Atención Primaria en estas enfermedades es primordial, y esencial su coordinación con el especialista en Angiología y Cirugía Vascular para fijar unos criterios claros de tratamiento y derivación. **En segundo lugar, concienciar a los especialistas en Angiología y Cirugía Vascular de que, además de las arterias, las venas también existen,** y que se deben de habilitar consultas específicas para el diagnóstico y tratamiento de la patología venosa; de esta forma, se podrá disponer de un tiempo suficiente para realizar un buen enfoque diagnóstico y terapéutico. En línea con lo anteriormente apuntado, resultan asimismo fundamentales las reuniones periódicas con los médicos de Atención Primaria para la puesta al día en los avances que vayan surgiendo. El gran beneficiario de esta estrecha colaboración va a ser, sin duda, el paciente. ■

**Bibliografía:** 1. Álvarez Fernández LJ, Lozano Ruiz-Poveda F, Marinello Roura J, Masegosa Medina JA. Encuesta epidemiológica sobre la insuficiencia venosa crónica en España: estudio DETECT-IVC 2006. *Angiología*. 2008;60:27-36.

## Who is who?

### Junta directiva y Comité científico de CEFyL

#### PRESIDENTE



**Fidel Fernández Quesada.** Especialista en Angiología y Cirugía Vascular. Doctor en Medicina. Profesor de la UGR. Compagina la práctica pública y la privada, de las que la Flebología es una parte muy importante de su actividad.

#### VICEPRESIDENTES



**Carles Miquel Abbad** (vicepresidente primero y tesoro). Especialista en Angiología y Cirugía Vascular. Doctor en Medicina y Cirugía. Exprofesor asociado de la UB. Exjefe de Servicio del Hospital del Sagrat Cor de Barcelona. Actualmente ejerce solamente actividad privada, con especial dedicación a la Flebología.



**Rodrigo Rial Horcajo** (vicepresidente 2.º y miembro del Comité Científico). Adjunto del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

#### SECRETARIA



**Lourdes Reina Gutiérrez** (secretaria también del Comité Científico). Jefa del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital de la Cruz Roja de Madrid. Profesora de la Universidad Alfonso X el Sabio. Magister en Gestión y Organizaciones sanitarias por la Facultad de Ciencias Políticas de la Universidad Complutense. Madrid

#### COMITÉ CIENTÍFICO



**Agustín Arroyo Bielsa.** Especialista en Angiología y Cirugía Vascular. Director de MEDIVAS Estudios Vasculares. Entusiasta de la Flebología y el laboratorio vascular.



**Dolores Ballesteros Ortega.** Especialista en Angiología y Cirugía Vascular. Licenciada en Medicina. Profesora del la UCLM, A.E.A. en el Hospital General Universitario de Albacete. Cirujano vascular en Clínica Quirón Albacete. Apasionada de la Flebología.

#### VOCALES



**Jesús Alos Villacrosa.** Especialista en Angiología y Cirugía Vascular. Doctor en Medicina. Coordinador del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital de Mataró. Compagina actividad pública y privada.



**Victoria Arcediano Sánchez.** Especialista en Angiología y Cirugía Vascular. Actividad tanto pública como privada, esta última en la Clínica Teknon de Barcelona. Con especial interés por la Flebología.



**Javier Leal Monedero.** Especialista en Angiología y Cirugía Vascular. Jefe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Ruber Internacional de Madrid. Experto en síndrome de congestión pélvica.



**Javier Pérez Monreal.** Doctor en Medicina y Cirugía. Diploma francés en Medicina Vascular. Compagina su actividad privada flebológica (en su mayor parte) con la realización de exámenes vasculares en una mutua de accidentes y enfermedades profesionales de la SS.



**Ramiro Verdejo Tamarit.** Especialista en Angiología y Cirugía Vascular. Jefe de Servicio del Hospital Quirón. Valencia.



**Josep Marinello Roura.** Título de Especialista en Angiología y Cirugía Vascular. Jefe de Servicio. Hospital de Mataró. Barcelona.



**Rodrigo Rial Horcajo** (vicepresidente 2.º y miembro del Comité Científico). Adjunto del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

## Patologías relacionadas

### El síndrome de congestión pélvica

**Dr. Javier Leal Monedero.** *Jefe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Ruber Internacional. Madrid.*



El síndrome de congestión pélvica es una patología común en mujeres múltiples. Consiste en un aumento en número y calibre de estructuras venosas intrapélvicas de morfología varicosa, tortuosas, ectásicas y con flujo retardado, dependientes de los ejes gonadales y/o tributarias ilíacas internas, también dilatadas, avalvuladas y con flujo invertido. Aunque su origen es desconocido, puede tener varias causas, como el reflujo debido a insuficiencia de venas gonadales y/o ilíacas internas (factores centrífugos), u otros, como síndromes compresivos o posttrombóticos (factores centripetos).

El principal síntoma es el dolor pélvico, acompañado o no de otros síntomas, como dolor lumbar, dispareunia o

disuria, y por la aparición de varices vulvares o atípicas en miembros inferiores. El diagnóstico se inicia con una exploración mediante eco-Doppler transvaginal, que identifica el número y tamaño de las dilataciones y la dirección del flujo. Si se detectan varices pélvicas con flujo continuo no modificado por la maniobra de Valsalva, se realiza un eco-Doppler abdominal para evaluar si existe compresión de la vena renal izquierda o ilíaca. Si este hallazgo es positivo, se realiza una venografía pélvica complementaria para distinguir entre compresión de vena renal izquierda, que origina reflujo en vena gonadal y otras, o de vena ilíaca, con reflujo hacia venas ilíacas internas. En caso de varices pélvicas con reflujo y dilatación durante maniobra de Valsalva, se realiza una venografía selectiva, generalmente acompañada del tratamiento de embolización. Esta es una técnica poco invasiva, que tiene como objetivo la oclusión de los ejes insuficientes. En nuestro grupo de trabajo, la embolización se lleva a cabo mediante técnica mixta en sándwich, usando coils y esclerosantes líquidos para cerrar los ejes gonadales dilatados, varices peritumorales y puntos de fuga hacia piernas. ■

## Aula IVC

### Formación en patología venosa dentro de la especialidad de Angiología y Cirugía Vascular

Dr. Rodrigo Rial Horcajo. Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Clínico San Carlos. Madrid.



Nuestra especialidad es joven, en España se creó a finales de la década de los 70 del pasado siglo. Nació con la vocación de dar respuesta por un mismo especialista a toda la patología vascular. Esto no ocurre en otros países de nuestro entorno, en los que la patología venosa es tratada y estudiada por otras especialidades, como Dermatología, Medicina Interna..., o bien tienen titulaciones propias, los flebólogos. Esta vocación de abordaje global de la patología vascular por parte de nuestra especialidad en algunas ocasiones se ve frustrada en la práctica clínica diaria por problemas ajenos a nuestra voluntad, quedando la patología venosa relegada a asistencias marginales o a la aplicación de técnicas únicas, no por incapacidad de los especialistas, sino por limitaciones administrativas o económicas del Sistema Público de Salud. Esto, que para el cirujano formado y con práctica privada no supone un problema, para el residente

de nuestra especialidad puede suponer carencias en su capacitación.

En los últimos 10 años hemos asistido a un avance en el modo de diagnosticar e investigar la patología venosa que ha llevado parejo un desarrollo de nuevas técnicas, especialmente las endoluminales. Como se ha comentado, algunos Servicios de Cirugía Vascular docentes no tienen implantadas todas las técnicas actuales disponibles, y me consta que los responsables de dichos servicios dedican mucho esfuerzo y artes negociadoras a conseguir la implantación de todas las técnicas actuales venosas en sus servicios. En otras ocasiones, muchos servicios, por la gran presión asistencial y la escasa plantilla, se dedican de forma preferente a la patología arterial. Sea por un motivo u otro, pueden existir desequilibrios formativos.

A esto se suma que en muchos hospitales la enfermedad tromboembólica venosa no es ni diagnosticada ni seguida por el cirujano vascular, por lo que muchos residentes de nuestra especialidad tienen una formación escasa en esta parte de la patología venosa. Los Servicios de Urgencia se ocupan de la mayoría de las trombosis venosas y, de estas, un porcentaje mayoritario son tratadas de modo ambulante. Los pacientes con ETEV que ingresan lo hacen en Medicina Interna, Neumología, Oncología u otras especialidades. El liderazgo en la profilaxis, estudio y

tratamiento de la ETEV en España no es ejercido por el cirujano vascular en la mayoría de los hospitales públicos. Esto obedece a varias razones, entre las que se encuentran los motivos clínicos aludidos, el enfoque multidisciplinar de la patología, otras veces la "tradicición" y de vez en cuando la clara invasión de competencias. Tan solo el síndrome posttrombótico establecido parece ser competencia exclusiva del cirujano vascular.

Para paliar estos posibles déficits formativos, la SEACV y su Capítulo de Flebología y Linfología han avalado y promocionado diversos cursos y actualizaciones destinados a los residentes. Por iniciativas particulares se han puesto en marcha en los últimos años, con la generosa e imprescindible colaboración de la industria, proyectos presenciales de 2-3 días de duración que se han consolidado en la formación adicional del residente en la patología venosa. Un ejemplo es el Curso Interactivo en la Práctica Clínica Flebológica, que este año será la octava edición, y otro más reciente es el Curso de Actualización en Patología Venosa, conocido como "La Academia de la Vena", que ya ha tenido dos ediciones. Animo a todos los residentes a participar en estos y otros cursos, pues contribuirán no solamente a asentar conocimientos básicos, sino a adquirir e intercambiar experiencias sobre técnicas relativamente nuevas. ■

## Investigación

### Investigación venosa en España

Dr. Antonio Martín Conejero. Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

La investigación en España siempre ha sido una asignatura pendiente. Investigar es caro inicialmente, pero muy eficiente y productivo a medio y largo plazo. La visión cortoplacista y la necesidad de resultados rápidos por parte de los que gestionan los recursos motivan que la investigación sea considerada frecuentemente un coste prescindible.

Por otra parte, la investigación en el campo de la Angiología y Cirugía Vascular no ha sido frecuentemente bien valorada por nosotros, los especialistas. Como cirujanos, casi siempre hemos primado la actividad asistencial por delante de la investigación básica. Basta comprobar cómo año tras año en nuestro congreso nacional las presentaciones sobre investigación básica son la anécdota. Hay que reconocer, no obstante, la actividad investigadora de algunos de nuestros compañeros que realizan una excelente labor incluso "con el viento en contra".

Si la investigación que hacemos es poca, más limitada aún es la investigación básica de la patología venosa. Quizás la menos atractiva para el cirujano vascular, pero la más prevalente en la población general. Probablemente, la falta de interés en investigar en esta patología se deba a la ausencia



de tratamientos de eficacia absolutamente probada en estudios rigurosos. Debemos aprovechar la aparición de nuevas moléculas en el mercado y el interés de los laboratorios en que se conozcan, para encontrar puntos de encuentro comunes que faciliten la puesta en marcha de proyectos de investigación que beneficien a todos.

Es, por tanto, necesario que desde nuestra sociedad o desde nuestros hospitales se potencie la investigación a través de becas específicas para tal propósito, así como que se favorezca la colaboración de nuestros investigadores con los sectores público y privado. ■

## Nota de prensa

### Mejor panel del CEFyL presentado en el 62 Congreso de la SEACV 2016: "Tratamiento endovascular de obstrucción de vena cava inferior para rescatar acceso vascular femoral para hemodiálisis"

Falcón Espínola M, Sánchez Nevárez MI, Gálvez Núñez L, Requejo García L, Candela Beltrán E, Miralles Hernández M.

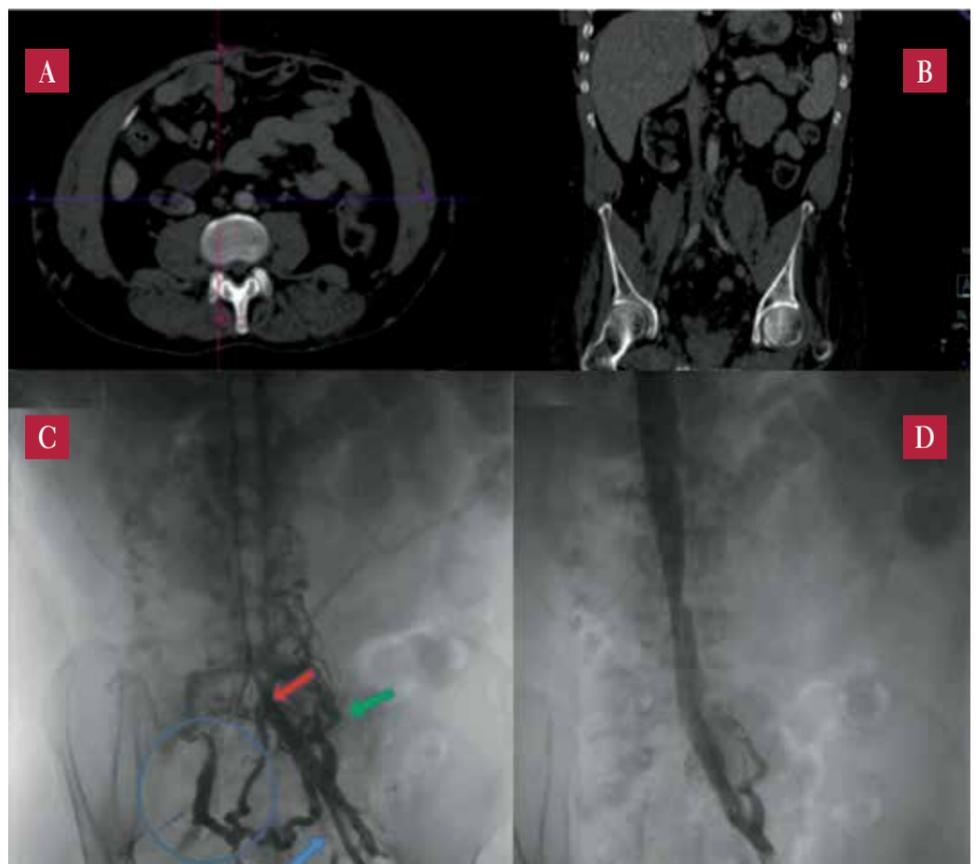
La obstrucción de la vena cava inferior (VCI) aparece en el 2-3% de la enfermedad venosa crónica. Muchos de estos pacientes son catalogados como agenesias o hipoplasias, descartando así cualquier opción terapéutica. Entre sus complicaciones encontramos el dolor crónico lumbar y de miembros inferiores, úlceras, edema, claudicación venosa, molestias relacionadas con la circulación colateral supra-púbica o abdominal, y la imposibilidad de un acceso venoso central, que en ocasiones es de importancia vital, como ocurre en la hemodiálisis.

En el 62 Congreso de la SEACV, celebrado en Barcelona (Sitges), el Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia presentó como

panel el caso clínico de un paciente con obstrucción venosa central de miembros superiores e inferiores que requirió la recanalización y colocación de stents en vena cava inferior infrahepática e ilíaca izquierda con colocación simultánea de catéter de hemodiálisis por urgencia dialítica. La técnica consiste en utilizar referencias anatómicas y recanalizar la VCI a través del trombo trabeculado mediante guías y catéteres de soporte para posteriormente realizar angioplastias progresivas de alta presión y colocar stents especialmente diseñados para dicho sector, para evitar la contracción del vaso. En el mismo acto quirúrgico, se colocó un catéter tunelizado para hemodiálisis, el paciente final-

mente pudo realizarse diálisis con normalidad y fue dado de alta al tercer día posintervención. El tratamiento endovascular del sector ilio-cavo se propone como nueva y única herramienta terapéutica en estos casos. La mejora en la tecnología de las pruebas de imagen, el desarrollo de nuevos balones y stents venosos permiten en la actualidad la realización de estos procedimientos con una tasa de éxito y permeabilidad aceptables y escasa morbi-mortalidad. ■

Figura 1. A y B: TC preoperatorio. C: Flebografía antes de la recanalización. D: Flebografía posangioplastia de alta presión. Se evidencia recanalización de VCI con estenosis residual a nivel L2-L3, ausencia del shunt hipogástrico izquierda-derecha y disminución de la circulación colateral lumbar.



## Especial residentes

### El congreso desde los ojos del residente

**Dr. Pablo Marqués de Marino.** Residente de 5ª año. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Clínico. Madrid.



durante el mismo y que cada vez ganan un hueco más grande en esta reunión.

En cuanto a la labor divulgativa e investigadora, el equilibrio entre residentes y adjuntos a la hora de presentar comunicaciones, posters y trabajos nos anima a los primeros a mantener la labor investigadora que toda sociedad científica como la nuestra requiere, mientras que las discusiones surgidas de dichas comunicaciones y las propias intervenciones de los miembros con más experiencia mantienen el nivel de debate y la actualización necesaria para unos y otros sobre temas de actualidad en nuestra especialidad.

Como cada año, tras acabar el Congreso Nacional de la SEACV, toca hacer balance de la que probablemente sea la reunión anual más importante para los cirujanos vasculares en nuestro país.

Para los residentes de esta especialidad, está 62.ª edición ha sido una vez más una oportunidad de continuar nuestra formación y de participar activamente en la labor docente e investigadora de la reunión. En cuanto a la primera parte, hay que resaltar el éxito que, como otros años, ha tenido la adhesión al congreso del precurso de titulación de protección radiológica y el curso y prueba para la obtención del certificado de acreditación personal básico en diagnóstico vascular, que nos permiten adquirir y acreditar conocimientos en estas dos áreas de uso diario en nuestro trabajo como cirujanos. También cabe destacar los cursos adicionales con grupos reducidos que se imparten

En mi opinión, este año ha resultado un gran acierto la realización de una sesión de comunicaciones mejor valoradas por el comité científico, ya que ha resaltado algunos de los trabajos que más pueden influir en nuestra práctica diaria por proponer técnicas de diagnóstico y tratamiento novedosas, así como avances importantes en nuestra especialidad que todos deberíamos conocer. También cabe destacar las reuniones de los Capítulos de Diagnóstico Vascular, Flebología y Linfología, Cirugía Endovascular y, especialmente, el 2.º Encuentro Nefrovascular, que, con un formato diferente al resto de sesiones del congreso, mucho más abierto y participativo, han conseguido resolver muchas dudas que teníamos sobre aspectos críticos de nuestra práctica diaria gracias a la intervención de profesionales de diferentes especialidades. Creo que esta experiencia tan favorable ha de animar a plantear nuevos encuentros multidisciplinarios en reuniones

sucesivas para añadir puntos de vista diferentes y aportaciones útiles de otras especialidades con las que trabajamos en nuestro día a día.

Como punto a mejorar quizás se podría nombrar la baja asistencia que ha existido en algunas sesiones de este congreso. Sería bueno analizar si esta se ha debido a la coincidencia de varias reuniones a la vez, la poca adecuación de los horarios o la falta de interés de los temas tratados, para evitar en el futuro que aportaciones de alta calidad científica tengan un bajo impacto por alguno de estos motivos. En mi opinión, dada la facilidad de la interacción a través de internet que tenemos en el momento actual, una forma de mejorar esta carencia sería implicar más a los miembros de la SEACV en la preparación de esta reunión durante el año previo a la misma, de forma que sean los propios asistentes los que propongan y voten los temas a tratar en las mesas redondas y pros/contras del congreso, así como que los propios residentes sean los que escojan aquellos temas que creen que completarán más su formación para poder organizar los cursos adicionales del congreso en base a esto. Haciendo el congreso cada vez más participativo, conseguiremos sentirlo como algo nuestro que cuidar y mejorar año a año.

En cualquier caso, renovar cada cierto tiempo la ilusión que nos anima a trabajar cada día al compartir momentos y conocimientos con compañeros de todo el país, hace que todo el esfuerzo que se lleva a cabo por los organizadores y ponentes cada año merezca la pena.

¡Nos vemos en Gijón en 2017! ■

## Calidad asistencial

### Grupo de calidad

**Dr. Sergi Bellmunt Montoya.** Jefe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona.



El Grupo de Calidad de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular fue fundado hace ya 4 años, bajo el anterior mandato presidencial del Dr. Francisco Lozano. Este grupo está liderado desde su fundación por la Dra. Cristina López Espada, poseedora de los títulos de "Experto Universitario en Calidad de Instituciones sanitarias" de la Escuela Andaluza de Salud Pública y "Máster Universitario en Dirección Médica y Gestión Clínica" de la Escuela Nacional de Sanidad. El Grupo de Calidad definió desde su origen cuatro líneas estratégicas: "Comunicación con el paciente", coordinada por las Dras. Caridad Morata y Estrella Blanco; "Seguridad Clínica", coordinada por los Dres. Ignacio Sánchez y Javier Barreiro; "Gestión clínica", coordinada por las Dras. Melina Vega y la propia Cristina López Espada, y "Gestión del conocimiento", coordi-

nada por los Dres. Sergi Bellmunt y Salvador Florit.

Desde el primer momento, los esfuerzos se centraron en formar a un grupo de unos 20 cirujanos vasculares, repartidos por la geografía española, para así difundir la cultura de la calidad en los diferentes servicios y unidades. De este modo, se facilitó la formación en cursos como "Curso Básico on-line de calidad", "Evaluación y mejora de la calidad asistencial", "Gestión por procesos" o, actualmente, "Experto en Seguridad del Paciente". Estos cursos han sido impartidos por centros tan prestigiosos como la Fundación Avedis Donavedian o la Universidad Nacional de Educación a Distancia y han sido complementados, como en el curso de "Gestión por procesos", por una sesión presencial en el Congreso Nacional de la SEACV.

Otra de las actividades del Grupo de Calidad fue el registro de diferentes indicadores de calidad asistencial de algunas patologías en los centros de los participantes. Esta actividad aportó una valiosa información respecto a la variabilidad entre los diferentes servicios/unidades del país y generó una serie de presentaciones a diferentes congresos, siendo una de ellas merecedora del Segundo Premio a la Mejor Comunicación Oral en el XXXIII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, celebrado en Gijón los días 14 a 16 de octubre de 2015.

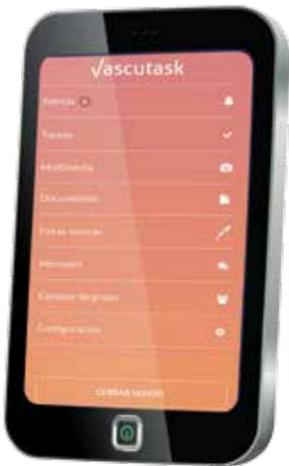
En la última reunión del grupo, la llevada a cabo durante el último congreso de la SEACV en Sitges, se ha propuesto la incorporación de los Dres. Bader Al-Raies y José Gil para suplir las bajas de la Dra. Melina Vega y el Dr. Ignacio Sánchez, así como la continuidad de la Dra. López Espada al frente del grupo al menos por 1 año más. Como proyectos a medio plazo se han propuesto la realización de un documento sobre seguridad del paciente en patología vascular y la participación activa en VASCUNET, registro de actividad vascular de los diferentes países, auspiciado por la Sociedad Europea de Cirugía Vascular.

Sin lugar a dudas, la actividad del Grupo de Calidad ha permitido difundir la cultura y la formación en calidad en el entorno de la cirugía vascular, pero queda mucho camino por recorrer. Gracias a la implicación y el trabajo del grupo, de la SEACV y de todos los profesionales, podremos conseguir que la "calidad asistencial" forme parte de nuestro quehacer diario, en busca de una mejor asistencia de nuestros pacientes. ■

## Nuevas tecnologías

### Vasutask

**Dr. Agustín Arroyo Bielsa.** Hospital Vithas Nuestra Señora de América. Madrid.



hablar con una de las creadoras, la Dra. Melina Vega de Céniga, compañera del Hospital de Galdakano, a quien le hago las siguientes preguntas.

#### ¿Para qué sirve Vasutask y cómo nos puede mejorar el trabajo diario?

Vasutask incluye varias funcionalidades:

- Biblioteca multimedia.
- Biblioteca de documentos.
- Biblioteca de fichas técnicas.
- Gestor de tareas.
- Mensajería directa.
- Estadísticas.

Permite compartir imágenes clínicas que ayuden en la toma de decisiones del equipo y en los pases de visita y de guardia. Ayuda a implementar protocolos asistenciales y a mantener actualizado al equipo con acceso rápido a las guías clínicas y a la evidencia científica más recientes.

Facilita coordinar a miembros de un equipo que no se reúnen a diario y evita olvidos de pequeñas tareas que se pueden perder en la vorágine del trabajo asistencial diario.

#### ¿De quién ha sido la idea?

La necesidad de una herramienta de este tipo estaba ahí. Compañeros de diferentes centros veíamos las mismas limitaciones en cuanto a compartir información en tiempo real sobre el día a día asistencial. La idea cristalizó al compartir nuestras inquietudes con Andy Bäcker, un amigo experto en plataformas digitales colaborativas y fundador de la *start up* Sustainable Reference. Él nos ayudó a dos cirujanos vasculares, Francisco Álvarez Marcos y yo, a concretar y diseñar la aplicación.

#### ¿A quién va dirigido?

La *app* es gratis para todos los cirujanos vasculares en España. Cada

equipo puede constituir su grupo con acceso restringido y se le facilita su propia gestión, de usuarios y de contenido. También hay grupos abiertos para la comunicación y la formación interhospitalaria.

#### ¿Podrían también los pacientes intervenir en alguna de las herramientas?

Potencialmente sí, lo estamos analizando para la siguiente fase.

#### ¿Puede extenderse a otras especialidades? ¿Y a Primaria?

Absolutamente. Es adaptable a cualquier especialidad. De hecho, ya estamos explorando algunas propuestas.

**Gracias Melina. Creo que es una fantástica idea que nos va a ayudar mucho en nuestro trabajo.** ■

En el reciente 62 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular se presentó Vasutask. Se trata de una aplicación para móviles y web cuyo objetivo es hacer más fácil el trabajo asistencial en Servicios de Angiología y Cirugía Vascular. Mejor que describirlo es

## Coordinación con AP

### Protocolos de derivación y seguimiento efectivo

**Dr. J. Eduardo Carrasco Carrasco.** *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Abarán. Murcia. Grupo Vasculopatías SEMERGEN.*



El médico de familia atiende con frecuencia a pacientes con enfermedad venosa crónica (EVC), resolviendo la consulta y estableciendo el tratamiento de acuerdo con el paciente. Pero hay situaciones en las que, por lo avanzado de la enfermedad, por el fracaso del tratamiento, por tener alguna duda sobre el manejo o porque el paciente lo demanda con insistencia, el médico de Atención Primaria se plantea realizar una derivación a la consulta de Angiología. Desde 2012 existe un protocolo consensuado de derivación entre niveles asistenciales con el fin de atender mejor al paciente y gestionar de forma eficiente los recursos disponibles<sup>1</sup>. En cualquier fase de la enfermedad, el tratamiento debe ser iniciado en el Centro de Salud con los tres pilares fundamentales para ello: medidas generales, terapia compresiva y tratamiento farmacológico. Las primeras fases de la EVC (CEAP C0, C1 y C2) no precisan derivación inicial, excepto en el caso de varices tronculares gruesas sintomáticas o por fracaso del tratamiento conservador. En los estadios CEAP C3-C6 es conveniente derivar para estudio del sistema venoso y valoración quirúrgica. La evolución del edema y los trastornos tróficos o la aparición de complicaciones, como la varicorragia o trombosis venosa, determinarán la celeridad de la citación en el Servicio de Cirugía Vasculosa (tabla 1)<sup>2</sup>.

Tabla 1. Criterios de derivación y prioridades en patología venosa.

Situación clínica	Prioridad de inicio	Actitud <sup>a</sup>
C0-C1	No derivar.	Tratamiento conservador.
C2 no complicada	Individualizar.	Según clínica y tamaño.
C3-C4	Derivación normal <sup>**</sup> .	Valorar cirugía.
C5-C6	Preferente <sup>***</sup> .	Valorar cirugía.
Varicorragia, flebitis	No derivar.	Remitir si mala evolución.

<sup>a</sup> Siempre iniciar tratamiento conservador en Atención Primaria; <sup>\*\*</sup> < 30 días; <sup>\*\*\*</sup> < 15 días.

En cuanto al seguimiento de la EVC, el médico de Atención Primaria es el encargado de velar por el cumplimiento del tratamiento establecido, insistiendo sobre todo en las medidas generales y en la terapia compresiva, en consonancia con enfermería. Si el paciente no necesita curas, debería ser reevaluado en el primer mes con objeto de valorar el cumplimiento y cualquier problema surgido en el inicio del tratamiento. Al tercer mes se volvería a citar al paciente para valorar la evolución clínica de la enfermedad. En ello es conveniente utilizar cuestionarios como el VSS<sup>2</sup> y de valoración de la calidad de vida del paciente (SF-12 o CIVIQ)<sup>2</sup>. Una mala evolución del proceso sería un criterio de derivación a la consulta de Angiología.

**Bibliografía:** 1. Bellmunt S, Díaz S, Sánchez I, Fuentes E, Fernández F, Piquer N. Criterios de derivación entre niveles asistenciales de pacientes con patología vascular. Documento de consenso semFYC-SEACV. Conjuntamente en: Angiología. 2012. doi: 10.1016/j.angio.2012.02.002. Atención Primaria. 2012. doi: 10.1016/j.aprim.2012.03.001. 2. Carrasco E, Díaz S. Recomendaciones para el manejo de la enfermedad venosa crónica en Atención Primaria. Madrid: IDMédica; 2015. ■

## Relación entre Cirugía Vasculosa y Atención Primaria

### ¿Qué nos falta?

**Dr. Santiago Díaz Sánchez.** *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico de Atención Primaria del Centro de Salud Pintores. Parla. Madrid.*



En el contexto de la medicina clínica actual, las enfermedades agudas con principio y fin claros, prueba diagnóstica específica y tratamiento concreto capaz de curar definitivamente el proceso patológico representan una minoría. Actualmente, la mayoría del quehacer clínico diario gira en torno a los conceptos de continuidad de cuidados asistenciales, poblaciones envejecidas, patología crónica, comorbilidad..., y para hacer frente a ellos no solo se requiere una Atención Primaria capaz de diagnosticar enfermedades y un segundo nivel capaz de resolver problemas más o menos complejos, sino un sistema que asegure el seguimiento adecuado de pacientes más o menos añosos con múltiples enfermedades de las que

no se van a curar y que, por lo tanto, van a requerir cuidados o controles de por vida; y este sistema es inviable si no existe una adecuada coordinación entre niveles asistenciales que permita al médico de Atención Primaria asumir el control y el manejo de un buen número de estos procesos, contando con el apoyo más o menos puntual y rápido del segundo nivel asistencial.

Y en el contexto de la patología vascular, ¿qué importancia tienen estas cuestiones? Dos son los grandes procesos patológicos que afectan a los vasos: la insuficiencia venosa crónica y la enfermedad arterial periférica de origen arteriosclerótico, y en ambos coinciden las premisas anteriores: son muy frecuentes, su prevalencia aumenta con la edad, suelen coincidir con otras enfermedades con las que comparte etiología o factores de riesgo, su abordaje ha de hacerse desde un punto de vista multifactorial, la prevención y el diagnóstico precoz suponen puntos esenciales en su manejo y, lo más importante, la intervención quirúrgica no suele poner punto final a la enfermedad.

En este escenario, existe acuerdo general sobre la importancia de que los esfuerzos de todos los estamentos clínicos se dirijan de forma coordinada y eficiente en la misma dirección; por ejemplo, ¿el paciente con cardiopatía isquémica crónica estable y enfermedad arterial periférica sin indicación quirúrgica, en las revisiones periódicas de sus distintas patologías ha de realizarse controles analíticos distintos para que los respectivos especialistas evalúen periódicamente el grado de control de sus factores de riesgo en prevención secundaria? Parece evidente que no.

¿Y qué pasa entre Cirugía Vasculosa y Atención Primaria?: pues que compartimos mucha patología, que a nivel institucional tenemos muy buenas relaciones (de hecho, hemos sido capaces de elaborar protocolos de manejo conjunto de dichos procesos), pero creo que hay varias cuestiones que están por resolver y que impiden la optimización de los recursos asistenciales: ¿los médicos de Primaria conocen a los cirujanos vasculares de su hospital de referencia y tienen la formación suficiente para asumir el control de los pacientes vasculares crónicos estables?, y ¿los cirujanos vasculares conocen a los médicos de Atención Primaria de su zona y saben cómo trabajan o qué problemas clínicos son capaces de asumir?

Seguro que en algunos casos muy meritorios la respuesta será afirmativa, pero creo que, desgraciadamente, en la mayoría de las ocasiones todavía queda mucho trabajo por realizar. Apunto dos posibles soluciones: los protocolos desarrollados por las sociedades científicas deben ser discutidos y consensuados por los cirujanos y los médicos de Primaria de cada zona asistencial, y la formación en cirugía vascular debería formar parte de las rotaciones obligatorias de nuestra especialidad.

En resumen, respecto al manejo de los procesos patológicos importantes por su morbi-mortalidad y/o su frecuencia, es recomendable que los médicos de Primaria se formen específicamente en aquello que es más útil, que los médicos de los distintos niveles que comparten dicha patología se conozcan de "primera mano" y que todos trabajen sobre un mismo protocolo. ■

#### FICHA TÉCNICA

**1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO:** DOVIDA 30 mg cápsulas blandas. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** DOVIDA 30 mg cápsulas blandas: cada cápsula blanda contiene 30 mg de sulodexida, equivalente en actividad "in vitro" a: 300 unidades lipasémicas (ULS); 2.700 unidades internacionales antifactor X activado (UI anti Xa); excipientes con efecto conocido: cada cápsula blanda de 30 mg contiene: 0,489 mg de amarillo anaranjado S (E-110), 0,078 mg de rojo cochinita A (E-124), 0,554 mg de etil parahidroxibenzoato sódico (E-215), 0,275 mg de propil parahidroxibenzoato sódico (E-217). Para consultar la lista completa de excipientes ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA:** cápsula blanda. DOVIDA 30 mg: cápsulas de gelatina blanda, ovaladas, opacas y de color naranja que contienen una suspensión homogénea blanca. **4. DATOS CLÍNICOS: 4.1 Indicaciones terapéuticas:** tratamiento de la insuficiencia venosa crónica. **4.2 Posología y forma de administración:** se recomienda administrar una cápsula de 30 mg dos veces al día durante 3 meses. **Población pediátrica:** DOVIDA no está recomendado para su uso en niños y adolescentes menores de 18 años de edad debido a la ausencia de datos sobre seguridad y eficacia. No se dispone de datos sobre la seguridad y eficacia en pacientes con insuficiencia hepática. **4.3 Contraindicaciones:** hipersensibilidad al principio activo, a la heparina o a medicamentos similares, o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1. Sulodexida está también contraindicada en pacientes con diátesis y enfermedades hemorrágicas. **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo:** a las dosis recomendadas, sulodexida no modifica significativamente los parámetros de coagulación. No obstante, sulodexida puede aumentar el efecto anticoagulante de la heparina o de los anticoagulantes orales (ver sección 4.5). En caso de tratamiento anticoagulante concomitante, se recomienda administrar con precaución y realizar un control periódico de los parámetros de coagulación. Se deberá administrar con precaución en pacientes con riesgo aumentado de complicaciones hemorrágicas. **Advertencias sobre excipientes:** este medicamento puede producir reacciones alérgicas porque contiene amarillo anaranjado S (E-110) y rojo cochinita A (E-124). Puede provocar asma, especialmente en pacientes alérgicos al ácido acetilsalicílico. Puede producir reacciones alérgicas (posiblemente retardadas) porque contiene etil parahidroxibenzoato de sodio (E-215) y propil parahidroxibenzoato de sodio (E-217). **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** la sulodexida es un heparinoide, por lo que puede aumentar el efecto anticoagulante de la heparina o de los anticoagulantes orales. En caso de tratamiento anticoagulante concomitante, se recomienda administrar con precaución y realizar un control periódico de los parámetros de coagulación (ver sección 4.4). **4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia: embarazo:** no hay datos o estos son limitados (datos en menos de 300 embarazos) relativos al uso de sulodexida en mujeres embarazadas. Los estudios en animales no sugieren efectos perjudiciales directos ni indirectos en términos de toxicidad para la reproducción (ver sección 5.3). Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de DOVIDA durante el embarazo. **Lactancia:** se desconoce si sulodexida o sus metabolitos se excretan en la leche materna. No se puede excluir el riesgo en recién nacidos/niños. Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de DOVIDA durante la lactancia. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** la influencia de DOVIDA sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **4.8 Reacciones adversas:** la seguridad de sulodexida ha sido evaluada en más de 4.800 pacientes tratados con sulodexida que han participado en los ensayos clínicos; de ellos, más de 2.200 pacientes fueron tratados durante 1 año o más. En la siguiente tabla se incluyen las reacciones adversas observadas durante los ensayos clínicos. Su frecuencia se define utilizando los siguientes criterios: raras ( $\geq 1/10.000$  a  $< 1/1.000$ ); de frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). Las reacciones adversas se presentan en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo

de frecuencia, siendo en su mayoría de naturaleza leve. **Sistema orgánico: Frecuencia: trastornos de la sangre y del sistema linfático:** reacciones adversas de frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles): anemia. **Trastornos del sistema nervioso:** reacciones adversas raras ( $\geq 1/10.000$ ,  $< 1/1.000$ ): cefalea, vértigo. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** reacciones adversas de frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles): asma. **Trastornos gastrointestinales:** reacciones adversas raras ( $\geq 1/10.000$ ,  $< 1/1.000$ ): diarrea, dolor epigástrico, dolor de estómago, dispepsia, náuseas, ardores. Reacciones adversas de frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles): vómitos. **Trastornos renales y urinarios:** reacciones adversas de frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles): incontinencia urinaria. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** reacciones adversas raras ( $\geq 1/10.000$ ,  $< 1/1.000$ ): erupciones, pápulas, rubefacción. Reacciones adversas de frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles): síndrome de Stevens Johnson, urticaria, prurito. **Trastornos vasculares:** reacciones adversas raras ( $\geq 1/10.000$ ,  $< 1/1.000$ ): epistaxis. Reacciones adversas de frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles): hemorragia, mareos, sofocos, hematoma. **Notificación de sospechas de reacciones adversas:** es importante notificar las sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: [www.notificaram.es](http://www.notificaram.es) **4.9 Sobredosis:** en caso de sobredosis aguda o accidental, se han observado casos de hemorragias. El tratamiento de la hemorragia por sobredosis de sulodexida es la administración de sulfato de protamina al 1% (30 ml i.v. equivalentes a 30 mg). **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS: 5.3 Datos preclínicos sobre seguridad:** los datos de los estudios no clínicos no muestran riesgos especiales para los seres humanos según los estudios convencionales de farmacología de seguridad, toxicidad a dosis repetidas, genotoxicidad, potencial carcinogénico, toxicidad para la reproducción y el desarrollo. No se han realizado estudios de carcinogenicidad con sulodexida. Estos estudios no son considerados necesarios, teniendo en cuenta que sulodexida es un producto biológico, obtenido de mucosa intestinal porcina y los resultados de otras pruebas efectuadas. **6. DATOS FARMACÉUTICOS: 6.1 Lista de excipientes: Contenido de la cápsula:** laurilsarcosinato sódico. Sílice coloidal anhidra triacetina. **Cápsula blanda:** gelatina, glicerol (E-422), dióxido de titanio (E-171), amarillo anaranjado S (E-110), rojo cochinita A (E-124), etil parahidroxibenzoato sódico (E-215), propil parahidroxibenzoato sódico (E-217) y agua purificada. **6.2 Incompatibilidades:** no procede. **6.3 Período de validez:** 3 años. **6.4 Precauciones especiales de conservación:** conservar por debajo de 30 °C. **6.5 Naturaleza y contenido del envase:** blíster Al/PVDC-PVC/PVDC. DOVIDA 30 mg cápsulas blandas se presenta en envases con 30 cápsulas. **6.6 Precauciones especiales de eliminación:** ninguna especial. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él se realizará de acuerdo con la normativa local. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** TEDEC-MEIJU FARMA, S.A. Ctra. M-300, Km 30,500. 28802 Alcalá de Henares, Madrid. **8. NÚMERO DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** 78901. **9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:** julio 2014. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** junio 2014. **PRESENTACIÓN, C.N. Y PRECIO:** DOVIDA 30 mg cápsulas. Envase conteniendo 30 cápsulas blandas. C.N.: 703003. Precio: PVP IVA4: 16,84 euros. Aportación al SNS: no financiado.

## Resumen de la asamblea ordinaria

### Resumen del acta

#### Dr. Manuel Javier Vallina-Victorero Vázquez.

*Especialista en Angiología y Medicina Vascular del Hospital de Cabueñes en Gijón. Asturias.*

La asamblea anual ordinaria de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (SEACV) ha tenido lugar durante la celebración del 62 Congreso Nacional, desarrollado en Sitges del día 7 al 10 de junio pasados.

Lo más sustancial ha sido el anuncio, por parte del presidente de la SEACV, de la adquisición de un piso en la calle Alcántara de Madrid para favorecer el cumplimiento de los objetivos de formación científica recogidos en los estatutos de la Fundación de la SEACV. Se dispondrá de dos aulas de considerable tamaño y de una zona administrativa y de servicios; la localización es muy buena y será un equipamiento abierto para la realización de todo tipo de cursos y reuniones. El presidente ha felicitado al Comité Organizador del Congreso de Sitges, doctores Fernández-Valenzuela y Llagostera, por el éxito obtenido en la organización de la reunión anual de los angiólogos y cirujanos vasculares miembros de la SEACV.

A continuación, el tesorero y el secretario de la SEACV han rendido cuentas sobre la labor desarrollada a lo largo de este año en lo referente a las cuentas y administración ordinaria de la SEACV, respectivamente. El secretario ha aprovechado su intervención para agradecer el excelente trabajo del Comité Científico conjunto, constituido por las doctoras Ballesteros, Blanco y Botas, y por los doctores Agúndez, Alfayate, De Benito, Llagostera, Rielo, San Norberto y Vallespín, que han realizado todos ellos un considerable esfuerzo de evaluación y coordinación de las presentaciones orales y paneles, mesas y diversas ponencias. Ha informado también sobre la aprobación definitiva de los nuevos estatutos de la SEACV y la actualización del censo de socios, así como del

inicio de la labor de revisión de los estatutos de la Fundación.

Los presidentes y coordinadores de los diferentes capítulos, secciones y grupos de trabajo han presentado sus informes sobre la actividad de las respectivas áreas de responsabilidad. En este momento, el Dr. Vila Coll ha aprovechado para despedirse como presidente del Capítulo de Diagnóstico Vascular, una vez finalizado su mandato; asimismo, el Dr. Llagostera Pujol se ha despedido como miembro del Comité Científico y Councillor en la Sociedad Europea, y el Dr. Alfayate como coordinador de la Sección de Pie Diabético. La Junta Directiva, representada por el presidente, ha agradecido su extraordinaria labor y ha dado la bienvenida a los compañeros que los sustituirán a partir de este momento.

Por otra parte, el director de la revista Angiología ha informado de que se ha solicitado la indexación en MedLine, las expectativas son buenas, la Junta Directiva ha felicitado al Dr. Lozano por su trabajo y se espera recibir buenas noticias en un plazo breve de tiempo.

La Junta Directiva ha querido agradecer públicamente el trabajo de Belén Jiménez, de Vifor Pharma España; Maró Kazamiaki, de la empresa Torres Pardo, y Ana Elena Llaneza, secretaria de la SEACV, cuya labor es fundamental para el buen desarrollo de nuestros congresos.

Para finalizar, el presidente ha invitado a los asistentes a participar activamente en el próximo congreso nacional, que tendrá lugar en Gijón en 2017. ■

## Premios

**Dr. Manuel Javier Vallina-Victorero Vázquez.** *Especialista en Angiología y Medicina Vascular del Hospital de Cabueñes en Gijón. Asturias.*

#### Premio Fernando Martorell

(A la mejor comunicación oral)

Dotación: 3.000 €.

Han concurrido 11 candidatos.

Premiado:

#### Dr. Raúl Lara Hernández

“Eficacia y seguridad del tratamiento de la isquemia crónica de miembros inferiores no revascularizable, mediante trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos”

#### Premio mejor panel de la SEACV

(A la mejor comunicación oral)

Dotación: 1.200 €.

Premiada:

#### Dr. Laura Gálvez Núñez

“Tratamiento endovascular de varices pélvicas y miembros inferiores a través de punción única”

#### Premio a la mejor tesis doctoral

(ABBOTT)

Dotación: 2.000 €.

Han concurrido 5 candidatos.

Premiado:

#### Dr. Manuel Hernando Rydings

“Desarrollo de un sistema de telemetría para el seguimiento posoperatorio de procedimientos en cirugía vascular: modelo *in vitro*”

#### Premio SEACV a la investigación

Dotación: 1.000 €.

Han concurrido 5 candidatos.

Premiada:

#### Dr. Alina Velescu

“Adding low brachial index to classical risk factors improves the prediction of major cardiovascular events. The REGICOR study”

#### Premio SEACV original publicado en la revista Angiología

- Primer premio: 4.000 €.

- Primer accésit: 1.800 €.

- Segundo accésit: 1.200 €.

Premiada primer premio:

#### Dr. Vicente Jiménez

“Valor pronóstico de la TcPO2 en la cicatrización de lesiones en el pie diabético tras revascularización”

Premiada primer accésit:

#### Dr. Peralta Moscoso

“Predictores clínicos del resultado de la angioplastia infrapoplíteica en pacientes con isquemia crítica”

Premiado segundo accésit:

#### Dr. Salvador

“Valor pronóstico de la anatomía EVAR en el tratamiento quirúrgico del aneurisma de aorta abdominal roto”

#### Premio SEACV mejor nota clínica publicada en la revista Angiología

- Primer premio: 1.200 €.

#### Dr. Marzo Álvarez.

“Experiencia inicial en la implantación de endoprótesis torácica en la zona 0 del arco aórtico: presentación de 2 casos y revisión de la literatura”

#### II Concurso de artículos originales de la revista Angiología (FSEACV)

- Primer premio: 2.000 € y diploma acreditativo.

- Segundo premio: 1.500 € y diploma acreditativo.

- Tercer premio: 1.000 € y diploma acreditativo.

Premiado primer premio:

#### Dr. Briones Estébanez

“Eco Jhiliis (GEC-E). Prueba simplificada para diagnóstico de estenosis carotídea mediante ecografía doppler”

Premiado segundo premio:

#### Dr. Altès Mas

“Estudio prospectivo aleatorizado sobre el impacto de las medidas *fast track* en la cirugía abierta de aneurismas de aorta abdominal”

Premiado tercer premio:

#### Dr. Esteban Gracia

“Prevalencia de anemia en pacientes sometidos a cirugía vascular electiva y su influencia en el posoperatorio”

#### II Concurso de cartas científicas de la revista Angiología

- Primer premio: 1.200 € y diploma acreditativo.

- Segundo premio: 1.000 € y diploma acreditativo.

- Tercer premio: 800 € y diploma acreditativo.

Premiada primer premio:

#### Dr. Carlota Fernández Prendes

“Tratamiento endovascular de aneurismas micóticos en aorta torácica”

Premiado segundo premio:

#### Dr. Cernuda

“Ateroembolismo” paradójico en paciente con síndrome de Pagets-Schroetter

Premiado tercer premio:

#### Dr. Concepción Rodríguez

“Tratamiento primario con láser diodo en malformación venosa cervical de gran tamaño”

#### Becas de la fundación SEACV para estancias formativas en centros nacionales/extranjeros

Dotación: 1 beca de 2.400 €, 2 becas de 1.200 €.

Han concurrido 4 candidatos.

Beca de 2.400 €:

#### Dr. Diana Gutiérrez Castillo

Becas de 1.200 €:

#### Dr. Mariel Stefania Riedemann Wistuba

Dr. Montserrat Esturrica Duch ■

## Nombramientos



El Dr. Jorge Cuenca Manteca ha sustituido al Dr. Ramón Vila Coll como presidente del Capítulo de Diagnóstico Vascular.



La Dra. Pilar Vela Orús ha sustituido al Dr. Jesús Alfayate García como coordinadora de la Sección de Pie Diabético.



En el Comité Científico de la SEACV, el Dr. Raúl Lara Hernández ha sustituido al Dr. Secundino Llagostera Pujol, que ha finalizado su mandato.



El Dr. Antoni Giménez Gaibar ha sustituido como Councillor en la ESVS (European Society for Vascular Surgery) al Dr. Secundino Llagostera Pujol.

## Webs

### Sociedades científicas nacionales

Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (SEACV): <http://www.seacv.es>

- Capítulo Español de Flebología y Linfología (CEFyL): <http://www.capitulodeflebiologia.org/>

- Capítulo de Diagnóstico Vascular (CDV): <http://www.cdvni.org/>

- Capítulo de Cirugía Endovascular (CCE): <http://www.c-cirugiaendovascular.es/>

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC): <http://www.semfy.com/>

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN): <http://www.semergen.es/semergen>

### Sociedades científicas europeas

Sociedad Europea de Cirugía Vascular (ESVS): <http://www.esvs.org>

Sociedad Europea de Cirugía Cardiovascular y Endovascular (ESCVS): <http://www.escvs.com>

European Venous Forum: <http://europeanvenousforum.org>

### Sociedades científicas internacionales NO europeas

Cirujanos Vasculares de Habla Hispana (CCVH): <https://vasculares.wordpress.com/tag/cvhh/>

Sociedad Internacional de Cirugía Vascular (ISVS): <http://www.isvs.com>

Unión Internacional de Flebología (UIP): <http://www.uip-phlebology.org>

American Venous Forum (AVF): <http://www.veinforum.org>

## Humor

### Venito y Venita



## Mirando al 2017

### Temas abiertos, líneas de trabajo, anuncio del siguiente congreso, 25 aniversario...

**Dr. Fidel Fernández Quesada.** *Presidente del CEFyL de la SEACV*

Cuando un congreso se está acabando, ya se empieza a preparar la próxima cita para el encuentro del año siguiente, en el que, de nuevo, podremos exponer los nuevos conocimientos y compartir las experiencias que nos sirven para aumentar nuestras habilidades y nuestros recursos para hacer cada vez una asistencia más excelente.

En la asamblea del Capítulo de Flebología y Linfología (CEFyL) de este excelente evento conjunto de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (SEACV), celebrado en Sitges, que acaba de terminar, hemos tenido el inmenso honor y la inmensa alegría de aprobar por unanimidad (en las actas clásicas se pondría por aclamación) la sede de nuestro próximo congreso: San Sebastián.

Esta elección es un hito significativo para un número redondo, ya que **celebraremos nuestro 25.º Congreso del CEFyL** y, al ser año impar, 2017, será un congreso independiente del CEFyL: los años pares lo realizamos de forma agrupada con la sociedad matriz (SEACV), los tres capítulos (Diagnóstico Vascular – CDV–, Endovascular –CCEV– y nosotros) y las secciones y grupos de trabajo (Pie Diabético, Medicina Vascular, Calidad y Accesos Vasculares). Pero es que, además, **será la misma sede, un cuarto de siglo después, en la que nació nuestra sociedad.** Yo era un residente pequeño cuando oí hablar de esa reunión, y además recuerdo la foto en las escaleras del Palacio de Miramar, que se estableció como la imagen fundacional de nuestra sociedad, foto que acompaña este texto.

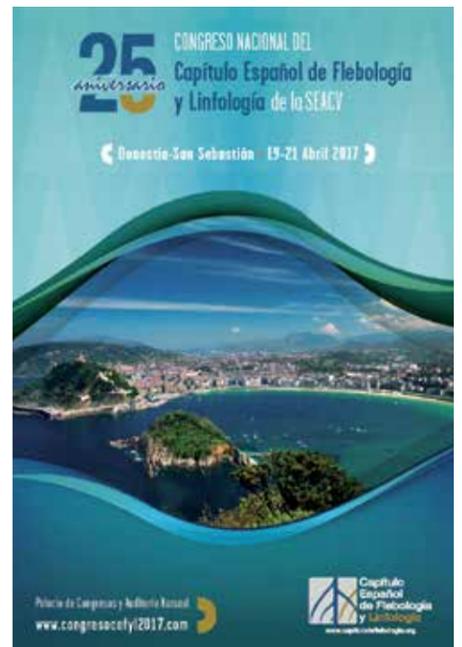


Imagen fundacional de CEFyL

En esa fotografía, algo ajada (aunque la canción dice que 20 años no es nada, posiblemente 25 sí que lo sean), nos muestra los rostros de años atrás de muchos compañeros muy apreciados por todos nosotros. No vamos a nombrar los 29 “padres fundadores”, pero todos los tenemos muy cercanos. Nuestra intención para este congreso es reunirlos 5 años más tarde de lo que D’Artagnan y sus compañeros lo hicieron, y con los arcos de Miramar de fondo nos podemos imaginar un escenario parecido a la novela de Alejandro Dumas, *20*

*años después* (*Vingt ans après*, Alexandre Dumas, 1845), en el que nuestros mosqueteros siguen siendo por dentro parte de lo que fueron, con más experiencia y con algunas canas más. Es verdad que, a diferencia de los héroes de la novela, varios de los nuestros, por desgracia, ya no se encuentran entre nosotros, pero su presencia continuará siendo un referente de nuestra sociedad.

Nuestro comité científico y el comité local seguro que nos prepararán un excelente programa, en el que lo científico va a tener un nivel destacado y



que seguro igualará (difícil tarea) a las excelencias de una ciudad tan bella, unos habitantes tan hospitalarios y una gastronomía tan famosa.

Quería agradecer a los compañeros de Donostia esta maravillosa invitación, en especial a los doctores Egaña y Samaniego, la oportunidad de volver a donde todo empezó, y recordarles a ustedes que vayan haciendo una anotación importante en sus agendas: **19 al 21 de abril de 2017, Donostia (San Sebastián), será una cita para no faltar.**

NOVEDAD



# DOVIDA 30

sulodexida 30 mg

I+D+i TEDEC **meiji**

Única molécula con la **indicación** de:

## Tratamiento de la Insuficiencia Venosa Crónica

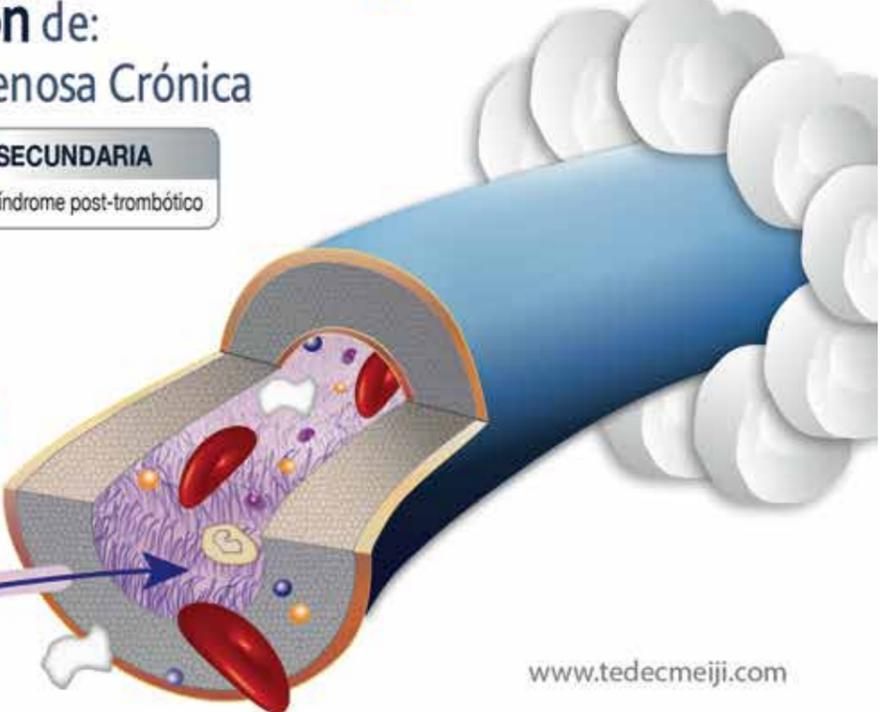
PRIMARIA o SECUNDARIA	
Enfermedad varicosa	Síndrome post-trombótico



**DOVIDA 30 mg**  
cápsulas blandas  
sulodexida  
30 Cápsulas blandas  
Via oral  
TEDEC meiji

sólo **1 cap/12 h**  
antes de desayuno y cena

Vasoprotector



www.tedecmeiji.com