

OCTUBRE 2021

BOLETÍN

9a Edición

SMACVE



2021
CONGRESO
VASCULAR
LIII



CONGRESO
INTERNACIONAL
ANUAL DE ANGIOLOGÍA,
CIRUGÍA VASCULAR Y ENDOVASCULAR
CIUDAD DE MÉXICO

www.smacve.org.mx



@smacve.oficial



@smacve_oficial



COMITÉ EDITORIAL

Editor

Dra. Sandra Olivares Cruz

Co-editor

Dr. Jesús Emmanuel Arriaga Caballero

Comité Editorial

Dr. Francisco Marmolejo - Aguascalientes

Dr. Joaquín Santoscoy - Chihuahua

Dr. Flavio Manríque - Tijuana

Dra. Maria Elisa López Vázquez - Veracruz

Dra. Aleyna F. González Ruíz - Chiapas

Dr. Alejandro Ayón - Guadalajara

Dra. Rebeca Reachi - San Luis Potosí

Dr. Omar Flores Cantú - Noreste

Dr. Rodrigo González Méndez - Puebla

Dr. Paulo Olvera - Toluca

Dra. Ingrid Jesús Díaz Estrella



MESA DIRECTIVA 2021 - 2022

Presidente

Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril

Secretario

Dr. José Francisco Ibañez Rodríguez

Tesorero

Dr. Venancio Pérez Damián

Comité de Programa Académico

Director: Dr. Jaime Gerardo Estrada Guerrero

Directora: Dra. Adriana Torres Machorro

Comisión de Actualización

Dr. Gabriel Ulises Hernández De Rubín

Dr. Mauricio Lara Michel

Dra. Evelyn Karina Vallejo Bravo

Comisión de Desarrollo Académico

Dra. Evelyn Karina Vallejo Bravo

Comisión de Programa Académico SMACVE

Dr. Alejandro Cortina Nascimento

Comité Científico

Director: Dr. Hugo Laparra Escareño

Comisión de Ciencia Básica

Coordinador: Dr. Javier Eduardo Anaya Ayala

Comisión de Investigación Clínica

Coordinador: Dr. Jose Ramón García Alva

Dr. Alejandro José González Ochoa

Dr. Enrique Santillán Aguayo

Dr. Ignacio Escotto Sánchez

Comisión de Bioética en Investigación

Coordinador: Dr César Daniel Cuen Ojeda

Comisión de Actualización de las Guías Prácticas Clínicas

Coordinador: Dr. Rodrigo Lozano Corona

Dr. Carlos Flores Ramírez

Dra. Diana Chávez Garrido

Comisión de Promoción y Profesionalismo de la Investigación Clínica

Coordinador: Dr. Gabriel Gilberto López Peña

Dr. Mario Vásquez Hernández

Dr. José Carlos Alcocer Cañez

Comisión de Investigación en Políticas Públicas de Cirugía Vascular

Coordinadora: Dra. Lizeth Luna Vargas

Revista

Editor En Jefe: Dr. Javier Eduardo Anaya Ayala

Coeditor: Dr. Rodrigo Lozano Corona

Editor Emérito: Dr. Carlos Sánchez Fabela

Boletín y Comité Editorial

Editor En Jefe: Dra. Sandra Olivares Cruz

Coeditor: Dr. Jesús Emmanuel Arriaga Caballero

Comité Clínico de Pie Diabético

Director: Dr. Neftalí Rodríguez Ramírez

Dr. Eder Mendoza Fuentes

Dr. Paulo César Olvera Hernández

Dr. Salvador Agraz Castillo

Dr. Erasto Aldrett Lee

Comité Clínico de Accesos Vasculares y Terapia Sustitutiva Renal

Director: Dr. Carlos Alberto Serrano Gavuzzo

Dr. Raúl Alberto Bacelis Arzapalo

Dr. Carlos Díaz Durand

Dra. Aleyna Fabiola González Ruiz

Dra. Iván Martínez Viramontes

Dr. Francisco Javier Moreno Gutierrez

Dra. Liliana Chávez Guzmán

Dra. Verónica Carbajal Robles

Comité Clínico de Patología Arterial

Director: Dr. Luis Gerardo Morales Galina

Dr. Luis Alberto Guzmán Cruz

Dr. Roberto Carlos Serrato Auld

Dr. Gabriel Ulises Hernández De Rubín

Dr. Mauricio Lara Michel

Comité Clínico de Patología Venosa

Directora: Dra. Liza Ochoa Armendariz

Dra. Vanessa Rubio Escudero

Dra. Liliana Chávez Guzmán

Dr. David Alejandro Torres González

Dr. Alejandro José González Ochoa

Dr. Gerardo Lozano Balderas

Dr. Alejandro Cortina Nascimento

Dr. Ricardo Rodríguez Castillo

Dra. Adriana Torres Machorro



Coordinadora del Congreso 2021:

Dra. Adriana Torres Machorro

Comisión de Trabajos De Ingreso

Director: Dr. Javier Eduardo Anaya Ayala

Dra. Sandra Olivares Cruz

Dra. Sue Tatiana Delgado Aguilar

Dr. Rodrigo Lozano Corona

Dr. Jorge García Dávila

Dr. Luis Alberto Guzmán Cruz

Dr David Alejandro Torres González

Comisión de Trabajos Libres

Directora: Dra. Georgina Bezares Bravo

Dra. Liza Ochoa Armendariz

Dr. Ivan Romero Garcia

Dra. Rebeca Margarita Herrera Llamas

Dr. Gerardo Peón Peralta

Dra. Nora Elena Sánchez Nicolat

Comisión de Videos

Directora: Dra. Gisela Molina

Dra. Karla Grisel Caballero Rodarte

Dr. Carlos Flores Ramírez

Dr. Jorge Salayandia Rodríguez

Comisión de Pósters

Directora: Dra. Davinia Elizabeth Sámano Saucedo

Dr. Fausto Julián Virgen Barrón

Dra. Nydia Romina Alvarez Arcaute

Dr. Gerardo Lozano Balderas

Dra. Cristabel Cázares Campos

Dr. Rodrigo Garza Herrera

Dr. Hugo Laparra Escareño

Dr. Gerardo Lozano Balderas

Dr. Larry Romero Espinosa

Dr. Sergio Omar Flores Cantú

Comité de Educación Médica Continua

Directora: Dra. Laura Jael Ortiz López

Comisión de Reuniones Regionales

Dr. Alejandro Nuricumbo Vazquez

Dr. Ernesto Serrano Rico

Dr. Rodrigo Marcelo Maitret Velázquez

Dra. Ana Lorena Ferrufino Mérida

Dra. Nora Elena Sánchez Nicolat

Dra. Aleyna Fabiola González Ruíz

Simposio de Cirugía Vasculare para Estudiantes

Dr. Ernesto Serrano Rico

Dr. Jorge García Dávila

Dr. Gerardo Peón Peralta

Dr. Ricardo Rodríguez Castillo

Dr. José Carlos Alcocer Cañez

Dra. Diana Chávez Garrido

Congreso en Línea, Webinars, Reuniones con la Industria

Dra. Rebeca Reachi Lugo

Dr. Rafael Pérez Martínez

Dr. Roberto Ríos Gómez

Comisión Organiza y Desarrolla Un Evento Con Nosotros

Dra. Aleyna Fabiola González Ruíz

Comisión de Educación y Posgrado

Dr. Emmanuel Hernández Luevano

Comité de Cirujanos Vasculares Jóvenes

Director: Dr. Rodrigo Garza Herrera

Comisión de Crecimiento Profesional

Dr. Gerardo Lozano Balderas

Dra. Nydia Romina Alvarez Arcaute

Dr. José Arturo González Elizondo

Dr. Rafael Pérez Martínez

Dr. Roberto Ríos Gómez

Comisión de Difusión

Dra. Georgina Bezares Bravo

Dr. Miguel Ángel Ramírez Quintero

Comisión Actualización

Dr. Alejandro Celis Jiménez

Dr. Paulo Cesar Olvera Hernández

Dra. Rebeca Margarita Herrera Llamas

Comisión Desarrollo Académico

Dra. Mara Azul Rocha Madrigal

Dr. Víctor Contreras Lima

Dr. Jorge García Dávila

Comisión Apoyo y Bienestar

Dra. Sue Tatiana Delgado Aguilar

Dr. Jesús Emmanuel Arriaga Caballero

Comité de Vinculación

Directora: Dra. Karla Grisel Caballero Rodarte

Dr. José Alonso Leal Franco

Comité de Relaciones Gubernamentales

Director: Dr. Carlos Rubén Ramos López

Comité de Actualización de Tabuladores

Director: Dr. José Arturo González Elizondo

Dr. Gerardo Lozano Balderas



Comité de Conflicto de Intereses y Conducta Profesional

Director: Dr. Miguel Alfonso Peraza Arjona
Dr. Sergio Omar Flores Cantú

Comité para el Desarrollo de la Fundación SMACVE

Directora: Dra. Verónica Carbajal Robles

Comité de Difusión

Director: Dr. Larry Romero Espinosa
Dr. Miguel Alfonso Peraza Arjona
Dra. María Elisa López Vázquez
Dra. Yara Yolatl Martínez Escamilla

Comité de Relaciones con el SVS

Directora: Dra. Daphne Nunille González Muñoz
Dr. José Antonio Muñoz Prado
Dr. Ignacio Escotto Sánchez
Dra. Vanessa Rubio Escudero

Angio Podcast

Coordinador: dr. Rodrigo Garza Herrera
Co-Anfitrión: Dr. Pedro Manuel Córdova Quintal
Co-Anfitrión: Dra. Nora Enid Lecuona Huet
Co-Anfitrión: Dra. Davinia Elizabeth Sámano Saucedo

SMACVE-TV

Consejo Consultivo

Dr. Marcelo Páramo Díaz
Dr. Félix Ramírez Espinosa
Dr. Carlos Sánchez Fabela
Dr. Luis Sigler Morales
Dr. Samuel Gutiérrez Vogel
Dr. Amado Rafael Gutiérrez Carreño
Dr. Carlos Martínez López
Dr. Hilario Gómez Valdés
Dr. Ricardo Romero Martínez
Dr. José Enrique Sánchez Chibrás
Dr. Carlos E. Velasco Ortega
Dra. Elizabeth Enríquez Vega
Dr. Francisco Jacobo Nettel García
Dr. Valente Guerrero González
Dr. Juan Miguel Rodríguez Trejo
Dr. Guillermo Aguilar Peralta
Dr. Benjamín Sánchez Martínez
Dr. José Antonio Muñoz Prado

Comisión de Honor y Justicia

Dra. Elizabeth Enríquez Vega
Dr. Erasto Aldrett Lee
Dr. Valente Guerrero González

Revista

Editor En Jefe: Dr. Javier Eduardo Anaya Ayala
Coeditor: Dr. Rodrigo Lozano Corona
Editor Emérito: Dr. Carlos Sánchez Fabela

Comité Editorial Nacional

Dr. Jaime Gerardo Estrada Guerrero
Dr. Rodrigo Garza Herrera
Dr. José Francisco Ibañez Rodríguez
Dr. Hugo Laparra Escareño
Dra. Nora Enid Lecuona Huet
Dr. Francisco Javier Llamas Macias
Dra. Sandra Olivares Cruz
Dr. Venancio Pérez Damián
Dr. Carlos Rubén Ramos López
Dr. Oscar Erasmo Reyes Aguirre
Dr. Neftalí Rodríguez Ramírez

Comité Editorial Internacional

Dr. Jaime Bernarroch-Gampel
Dr. Guillermo Gareli
Dr. Manuel García Toca
Dr. Luis Garrido
Dr. Luis Figueroa
Dr. Sarah Hamdi
Dr. Fernando Joglar
Dr. Nilo J Mosquera
Dr. Herón E Rodríguez
Dra. Maricarmen Romero Toledo
Dr. Adriana Torres Machorro
Dr. Jaime Vélez Victoria

Boletín y Comité Editorial

Editor En Jefe: Dra. Sandra Olivares Cruz
Coeditor: Dr. Jesús Emmanuel Arriaga Caballero

Comité Editorial

Dr. Francisco Marmolejo
Dr. Flavio Manrique Maldonado
Dra. María Elisa López Vázquez
Dr. Sergio Omar Flores Cantú
Dr. Alejandro Ayón Guzmán
Dr. Paulo Cesar Olvera Hernández
Dra. Rebeca Reachi Lugo
Dr. Joaquín Miguel Santoscoy Ibarra
Dra. Aleyna Fabiola González Ruíz
Dr. Rodrigo González Méndez Solís
Dra. Ingrid Jesús Diaz Estrella



MENSAJE DE PRESIDENCIA

Ciudad de México, a 2 de octubre de 2021

**Colegas de la Sociedad Mexicana de Angiología,
Cirugía Vascul ar y Endovascular
Presentes**

Estimados socios colegas y amigos:

La Sociedad Mexicana de Angiología, Cirugía Vascul ar y Endovascular se ha convertido en la organización académica y de investigación más importante de México en nuestra especialidad. Pertenecer a ella significa ver cristalizado el esfuerzo cotidiano que sus miembros hemos realizado a lo largo de los años para ubicarla como un referente nacional de la patología vascular. En sus foros académicos se desarrolla una retroalimentación especial cuyos resultados se reflejan en la alta calidad que nuestros médicos asociados brindan a sus pacientes.

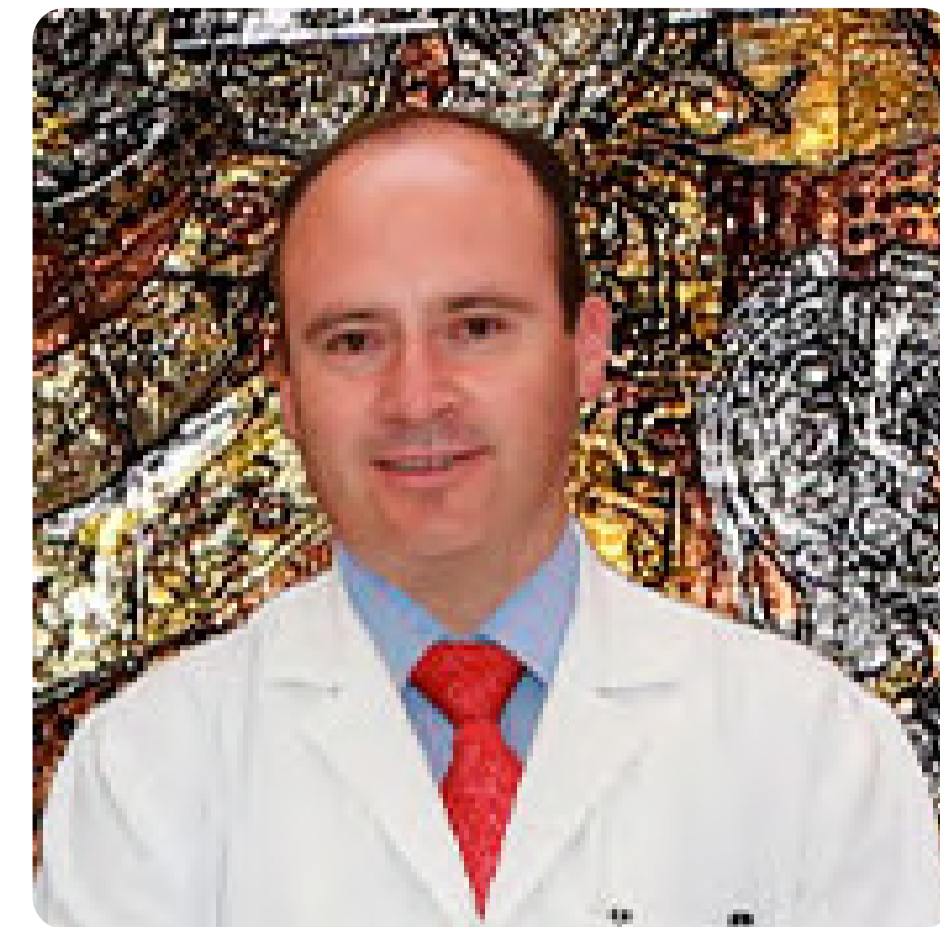
Con miras a seguir fortaleciéndonos, por este medio les extiendo una atenta invitación para que se involucren en todos los comités con los que contamos, y en los que desarrollamos actividades académicas. Tenemos proyectos claramente definidos que podrían ser de su interés y éstos se elaborarían de mejor manera y con mayor alcance si existe una mayor participación.

Después de nuestro próximo Congreso Nacional, lanzaremos de nueva cuenta nuestra convocatoria para motivar a quienes estén en la disposición de participar como voluntarios. Pues hay muchas áreas que aún requieren de un engranaje preciso a fin de que puedan operar de manera más adecuada. Hay espacio para que todos los socios participen. Si alguno de ustedes decide formar parte activa de esta mesa directiva no dude en inscribirse.

Cabe puntualizar que nuestro Congreso Nacional representa un reto muy importante que ya se nos avecina. Lo hemos preparado pensando, primeramente, en la seguridad de todos los socios, y después en favorecer el intercambio académico gracias a la elaboración de un programa de gran contenido académico que prepararon los coordinadores de las áreas clínicas y científicas. Será un honor contar con su grata presencia.

En lo particular, considero que la Sociedad Académica de Angiología y Cirugía Vascul ar es, sin duda, la más importante a nivel nacional y también una de las mejores a nivel continental, tal como ya lo he señalado en uno de los primeros discursos que escribí hace poco, así como en algunas de las cartas o correos que he compartido con ustedes. Sin embargo, mi valoración sobre nuestra Sociedad, debe refrendarse y cristalizarse en la mente de todos, lo cual sólo será posible con la participación de todos nosotros. Este esfuerzo no puede ser, como es evidente, de una sola persona, sino el de todos los asociados.

Las sesiones de Residentes, por mencionar un ejemplo, se muestran ya como un referente sólido para todas las escuelas, lo mismo que las de los cirujanos vasculares que ya se encuentran ejerciendo su especialidad. Por otra parte, la participación de miembros experimentados en nuestras sesiones académicas constituye, sin duda, un símbolo de humildad y solidaridad con los jóvenes entusiastas que aspiran ver concretada una sociedad académica de gran altura y de trascendencia nacional, que los arroje e incluya.



Los comentarios de nuestros experimentados médicos estimulan a las nuevas generaciones para que se acercan a ellos y compartan también sus prácticas clínicas y conocimientos, lo cual es otro ejemplo de nobleza que nos enaltece.

Para todos esos médicos experimentados va mi reconocimiento más grande, pues gracias a estas acciones que llevan a cabo es posible generar un acercamiento humano y sensible con el resto de la sociedad. Se trata de un interés genuino de participar en un grupo altamente selecto y académico.

Por otro lado, a quienes no se han integrado a nuestra Sociedad, debo reiterarles que las puertas siempre estarán abiertas para recibirlos con entusiasmo y alegría.

Quiero aprovechar la presente para reconocer el inmenso y profesional trabajo que ha realizado el Comité Editorial, el cual ahora se encuentran revisando y difundiendo materiales académicos, así como otro tipo de contenidos. Reconozco el liderazgo de la doctora Sandra Olivares, quien nos ha motivado a seguir trabajando con la misma fuerza y entusiasmo.

Este Boletín, desde el que hoy les escribo, es un espacio de difusión continua de las actividades que realizamos en nuestra Sociedad, ya que en él se dan a conocer casos clínicos muy interesantes y de gran valor que algunos de nuestros asociados nos han compartido.

Debo reiterar que los canales de comunicación se mantendrán abiertos de manera permanente, ya que esta administración tiene como sello la inclusión, y trabaja sin excepción y sin cansancio para servir a nuestra comunidad entera.

Me despido seguro de que nos veremos en el Congreso Nacional, el cual tendrá verificativo en el hotel Sheraton María Isabel de la Ciudad de México, a partir del 26 de octubre y hasta el 31 del mismo mes.

Atentamente

Doctor Carlos Hinojosa Becerril

Presidente de la Sociedad Mexicana de Angiología, Cirugía Vascul ar y Endovascular



Índice

CONGRESO REGIONAL MORELIA	9
ENTREVISTA DR. AUGUST YSA, PROFESOR HENDOLAT	10
LA SMACVE Y AMCICHAC TRABAJAN DE MANERA CONJUNTA EN BENEFICIO DE LA DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO PARA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES VASCULARES	11
CASO CLÍNICO: DR MICHEL LARA	13
GUÍAS DE COMPRESIÓN VENOSA	15
13 REUNIÓN ANUAL CONJUNTA DE PROGRAMAS UNIVERSITARIOS EN TÓPICOS VASCULARES Y ENDOVASCULARES	27
CASO CLÍNICO: DR. CARLOS NAZARIO MIRANDA	29
CASO CLÍNICO: DRA. PERLA JANETH OCAMPO NORIS	31
3ER ANGIO SUMMIT VIRTUAL TEVA 2021 “VISIÓN IBEROAMERICANA DE LA CIRUGÍA VASCULAR: RETOS Y SOLUCIONES COMPARTIDAS”	32
SMACVE UNE	33
COLABORACIÓN ENTRE LOS HOSPITALES ESCUELA ISSSTE HOSPITAL GENERAL REGIONAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS Y HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”	35
CVTAM 2021 REAFIRMA SU COMPROMISO COMO EL FORO REGIONAL DE MAYOR IMPACTO PARA LA DIFUSIÓN Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES VASCULARES EN TAMAULIPAS	36
REVISTA DE ANGIOLOGIA	37
SMACVE EN HENDOLAT 2021	38
SMACVE EN FORO VENOSO MEXICANO 2021	40
SMACVE EN SVS 2021	41
PRÓXIMOS EVENTOS	44
CONVOCATORIAS	48

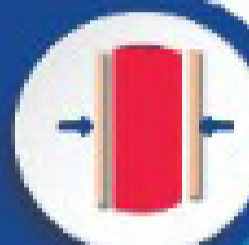
Protector endotelial¹

Regeneración del glucocálix¹

Acción antiinflamatoria¹

Efecto antitrombótico¹

VESSEL DUE F[®]
Alta afinidad por la pared endotelial¹



Mejoría significativa de los signos y síntomas de EVC²



Reduce el riesgo de recurrencia de TVP³



Una cápsula blanda y fácil de deglutir⁴



Reg. No. 043M99SSA IV

Reg. No. 428M98SSA IV

En EVC leve a moderada:⁴

1 o 2 cápsulas 2 veces al día

En úlceras venosas o EVC severa:⁴

1 ampolleta IM o IV al día durante 20 días o 2 cápsulas 2 veces al día

En TVP recurrente:⁴

2 cápsulas 2 veces al día durante dos años



#ResearchMatters

#PublishOrPerish

Referencias:

1. Carroll BJ, Piazza G, Goldhaber SZ. Sulodexide in Venous Disease. *J Thromb Haemost.* 2019;17:31-38.
2. Elleuch N, Zide H, Bellamine Z, et. al. Sulodexide in Patients with Chronic Venous Disease of the Lower Limb: Clinical Efficacy and Impact on Quality of Life. *Adv Ther.* 2016;33:1536-1549.
3. Andreozzi G, Bignamini A, David G, et. al. Sulodexide for the Prevention of Recurrent Venous Thromboembolism. *Circulation.* 2015;132:1891-1897.
4. Vessel Due F[®]. Información para prescribir. Laboratorios Alfasigma México S.A. de C.V.
5. Nicolaidis A, Kakkos S, Baekgaard N, et. al. Management of Chronic Venous Disorders of the Lower Limbs: Guidelines According to Scientific Evidence. Part I. *International Angiology.* 2018;37(3):181-254.

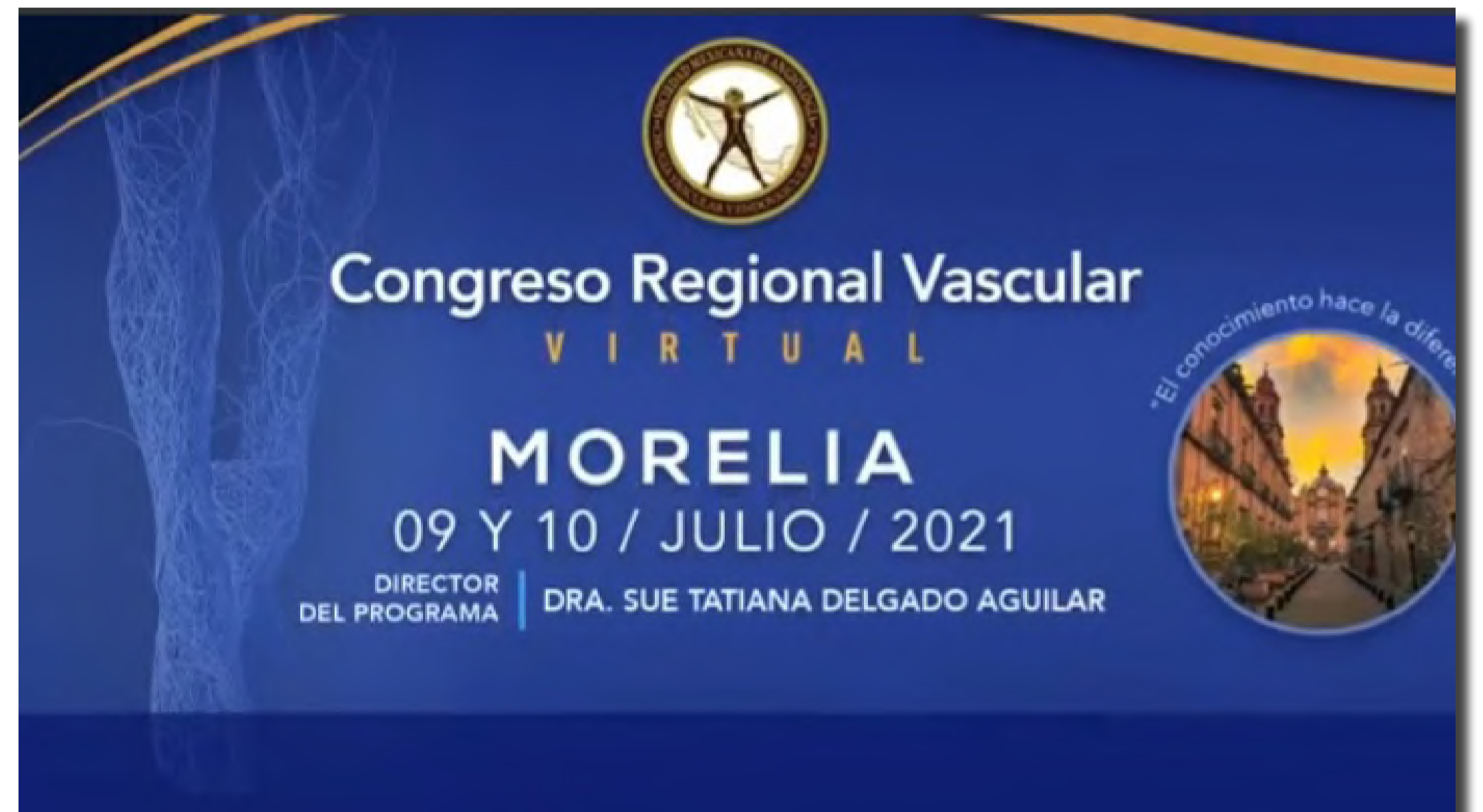


CONGRESO REGIONAL MORELIA

Autor: Dra. Sue Tatiana Delgado Aguilar

Presidenta del CACVEM

El pasado 9 y 10 de julio se llevó a cabo el Congreso Regional Vascular 2021 “El conocimiento hace la diferencia” donde participaron angiólogos y cirujanos vasculares del Colegio de Angiología y Cirugía Vascular y Endovascular de Michoacán (CACVEM) así como de otras partes del país, apoyándonos y sumando a nuestro congreso. Se superó la meta del año pasado en cuanto a asistencia, y a pesar de ser un congreso virtual, nos enriquecimos con talleres, módulos de preguntas y respuestas, y excelentes pláticas de todos los ponentes. Nos sentimos contentos, pues notamos mucha participación por parte de la audiencia, donde se encontraban varios médicos de distintas especialidades, médicos de primer contacto, residentes y sector enfermería, todos participando y con fuerte interés de la especialidad. El CACVEM se siente satisfecho y con ganas de seguir difundiendo los alcances que tiene esta hermosa especialidad.





ENTREVISTA DR. AUGUST YSA, PROFESOR HENDOLAT



TEMA DE INTERÉS: ARTERIALIZACIÓN VENOSA PARA PACIENTE CON PIE DESÉRTICO

Entrevistador: Dr. Jesús Emmanuel Arriaga Caballero

El doctor August Ysa, originario de Barcelona, España nos compartió un poco sobre su formación como cirujano vascular y endovascular; primero realizando el MIR (residencia médica) en Barcelona en el Hospital del Mar, posterior acudió a Países Bajos a realizar entrenamiento en casos complejos de aorta, así como rotaciones en Hospital Montefiori en New York, EUA y el Houston Methodist Hospital en Texas, EUA.

Actualmente es médico adjunto del Hospital Universitario de Cruces desde el 2003 en Bilbao, Euskadi al norte de España en donde tuvo la fortuna de desarrollar junto con su colega la Dra. Marta Lobato la técnica VAST (Venous Arterialization Simplified Technique) para arterialización venosa.

Al preguntarle por el origen de dicha técnica nos mencionó que su primer encuentro con éste tipo de técnicas fue en el congreso de LINC en donde observó una forma diferente de realizarlas a cargo del Dr. Mariano Palena, desde ese momento y ante la necesidad del servicio para los pacientes con isquemia crítica se presentó la lluvia de ideas para atender ésta situación.

“El servicio de cirugía vascular a nivel global no tiene llave abierta en cuestión económica, por lo cual hay que lidiar con lo que se tiene y se buscan soluciones baratas “off the shelf” para resolver problemas, ya que en cirugía vascular se requiere ser un servicio muy imaginativo”, así describe el Dr. Ysa el origen de su técnica VAST.

Asimismo, recalcó que aquellos pacientes considerados con pie desértico o “No option CLTI” el realizar un procedimiento de este tipo es una alternativa a la amputación, a la cual, él considera una cirugía compasiva para el paciente en el entendido que es su posible última opción.

Con el motivo del congreso de HENDOLAT preguntamos su opinión sobre este evento, nos comentó que para él ha sido una de las sorpresas más agradables de éstos años, pues en Europa, en particular en España no se tiene mucha idea de lo que se hace en Latinoamérica, recientemente hemos logrado que la información sea al momento y todos hemos ido sumando, haciendo una relación más abierta y colaborativa, así por ejemplo ha podido solicitar apoyo de expertos como el Dr. Andrea Casini o bien ha podido aportar a otros médicos a miles de kilómetros de distancia para resolver un caso tan solo estando detrás de la pantalla de su teléfono móvil.

En continuación a su opinión de HENDOLAT nos refiere lo siguiente: “Lo que más impacta es el carácter inclusivo del evento, hay diferentes especialistas en los paneles (cirujanos vasculares, radiólogos intervencionistas, cardiólogos intervencionistas, podiatras, entre otros), congrega éstas diferencias de pensamiento no es común, sin embargo se busca un mismo fin en beneficio del paciente. Otra cosa muy chula es que todos tienen VOZ desde el residente más pequeño hasta grandes personalidades en el ámbito vascular, por ello si te fijas es muy contagioso. No sé si lo habéis notado pero es el único evento donde se llaman FAMILIA, la familia HENDOLAT”.

Preguntamos sobre sus perspectivas a futuro de la arterialización venosa considerando los diferentes dispositivos existentes y técnicas descritas, el Dr Ysa asevera que actualmente no se puede predecir a ciencia exacta la tasa de fracaso en estos pacientes y por lo cual, se debe evaluar la indicación de arterialización para no caer en un riesgo de sobreindicación del procedimiento en pacientes que no lo requieran, asimismo piensa que el futuro de éstos procedimientos depende en buena parte de la industria, ya que, son los que pueden inyectar inversión para estudios más grandes, tales como el PROMISE 2 que nos brindará mayor información al respecto para entender bien el fenómeno de la arterialización, el robo venoso que se puede generar.

Agradecemos al Dr. August Ysa por su tiempo y el apoyo para éste boletín, esperando podamos seguir escuchando nuevas noticias y avances en relación a la técnica VAST de la cuál dejamos el link para quien guste visualizarlo.

<https://www.youtube.com/watch?v=IVPeNrheMS4>



LA SMACVE Y AMCICHAC TRABAJAN DE MANERA CONJUNTA EN BENEFICIO DE LA DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO PARA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES VASCULARES

El pasado miércoles 22 de septiembre se llevó a cabo el Taller de Exploración Vascular en forma presencial dentro del marco del Congreso Internacional AMCICHAC 2021 teniendo como sede el Hotel Marriot en CDMX, el cual logró convocar a profesionales de la salud quienes interactuaron de manera activa en cada una de las sesiones.



El Dr. J. Gerardo Estrada Guerrero Angiólogo y Cirujano Vascular, director del curso, comentó que el gran impacto del manejo multidisciplinario, así como, la importancia del diagnóstico y tratamiento temprano de las mismas, ya que, hoy las enfermedades vasculares y sus complicaciones ocupan los primeros lugares en las estadísticas de morbilidad y mortalidad en la población mexicana.

El programa académico del Taller fue realizado en conjunto con la Dra. Nora Sánchez Nicolat del Centro Médico Nacional Adolfo López Mateos, logrando un curso práctico y científico de gran nivel, con un programa que estuvo conformado por taller de vendajes, termografía, exploración del paciente con enfermedad venosa y arterial, taller de ultrasonido Doppler, taller de ITB; haciendo de esta colaboración con AMCICHAC un gran foro de intercambio entre todos los asistentes logrando homologar opiniones y conocimiento, en donde la práctica y la transmisión directa del conocimiento no tuvo límites para compartirse libremente.



En esta participación de la SMACVE dentro del foro AMCICHAC se contó con la participación de Dra. Liliana Chávez Guzmán, Dr. Jesús Arriaga Caballero, Dr. Jorge García Dávila, Dra. Nora Sánchez Nicolat, Dr. J. Gerardo Estrada Guerrero, Dra. Viridiana Lara González y Dr. José Aristeo Reyes Monroy





La atención y servicio de la industria farmacéutica y tecnológica fue excelente al ofertar y al prestar atención a todas las necesidades de los médicos, enfermeras y asistentes al evento.

El Dr. Gerardo Estrada Guerrero agradeció a todos los involucrados y comentó que se encuentran listos para continuar trabajando en conjunto con sociedades médicas comprometidas con la educación médica continua.





CASO CLÍNICO: DR MICHEL LARA

TROMBOSIS MESENTÉRICA ASOCIADA A SARS-COV-2 TROMBECTOMÍA Y ANGIOPLASTIA: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA.

Lara-Michel M, Unidad Especializada VASCULARIZ. Hospital Ángeles, Hospital Star Médica, Morelia, Michoacán, México.

Objetivo: Presentación del manejo de una trombosis mesentérica, relacionada con infección reciente con SARS-COV 2 (COVID-19). Entidad con una elevada mortalidad asociada. El objetivo del tratamiento de la trombectomía y angioplastia radica restablecer el flujo arterial intestinal y con ello disminuir la posibilidad de disminuir las complicaciones derivadas de la isquemia que finalmente conlleven a la muerte.

Material y métodos: Descripción del caso y el manejo mediante trombectomía y angioplastia mesentérica de un caso de trombosis mesentérica relacionada con infección por SARS-COV 2 (COVID-19)

Introducción: El daño endotelial ha sido descrito o postulado como el principal factor causante de hipercoagulabilidad en la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID 19).(1,2) Las manifestaciones tromboembólicas más frecuentes en estos pacientes son la trombosis venosa profunda (TVP) y el tromboembolismo pulmonar (TEP), habiéndose incluso planteado que muchos de los TEPs sean trombosis primarias de las arterias pulmonares secundarias a una endotelitis.(3) Las trombosis del territorio mesentérico con relación a la infección por SARS-CoV-2 son poco frecuentes y se producen sobre todo a nivel de pequeño vaso. La afectación de los grandes vasos abdominales es predominantemente arterial y en pacientes hospitalizados, siendo escasos los casos reportados de trombosis venosa mesentérica, asociándose mayoritariamente a trombosis arterial.(4)

Caso clínico: Paciente mujer de 56 años, sin antecedente de enfermedades crónico-degenerativas. Paciente con antecedente de cursar con infección por SARS-COV-2 en las últimas 2 semanas, fue manejada intrahospitalariamente, requiriendo oxígeno suplementario y manejo por parte de neumología e infectología. Fue egresada con broncodilatadores, analgésicos y terapia respiratoria recomendada por neumología. Paciente que acudió a urgencias por dolor abdominal de tres días de evolución, diez días posterior a egreso hospitalario por SARS-COV-2, al interrogatorio dolor en flanco derecho y epigastrio, se acompañó de náuseas y vómito. A la exploración abdomen doloroso, con datos de irritación peritoneal y mínima disnea, con saturación de 91%. Se ingresa a hospital realizando estudios de laboratorio, a destacar: tiempo de protrombina y tromboplastina alargados, fibrinógeno de 553 mg/decilitro y dímero D de 1,056 ng/mililitro.

Se solicita TAC abdominal y pélvica simple y contrastada, se detecta trombosis en arteria mesentérica inferior, sin datos agregados de neumoperitoneo o neumatosis intestinal. Se inicia manejo en base a heparina de bajo peso molecular (enoxaparina a dosis de 1 mg por kilo de peso de la paciente cada 12 horas). La paciente en franco deterioro, por lo que se decide a programar trombectomía urgente. El procedimiento se realiza con la paciente en posición de decúbito dorsal, se colocó introductor 7 french, se avanza guía 0.035 y catéter multipropósito. Se identifica arteria mesentérica inferior con datos de trombosis.



Trombosis arteria mesentérica inferior con ramos cólicos y sigmoides.

Se avanza guía 0.014 para soporte, se avanza catéter/dispositivo para aspiración mecánica. Posterior a trombectomía por aspiración se cambia guía a 0.035 y se avanza balón para realizar angioplastia con balón 4 X 60 mm. Se verifica permeabilidad de arteria mesentérica inferior y ramos (arteria cólica y arteria sigmoide).



Arteria mesentérica inferior permeable con ramos cólicos.

Paciente permaneció con anticoagulación en base a heparina de bajo peso molecular. La paciente a las 48 horas con mejoría clínica, disminución progresiva del dolor abdominal, asimismo, se realizaron controles de Dímero D, mismos que descendieron en comparación a su ingreso. La paciente fue egresada a domicilio con manejo anticoagulante en base a heparina de bajo peso molecular por 2 semanas y posteriormente se introdujo empleo de Rivaroxabán de manera indefinida.

Resultados: Recanalización de arteria mesentérica superior sin demostrarse obstrucción u estenosis residual a los 30 de seguimiento, además de ausencia de complicaciones del empleo de anticoagulantes orales.

Conclusión: Se ha documentado manifestaciones tromboembólicas en pacientes con SARS-COV-2, siendo las más frecuentes la trombosis venosa profunda (TVP) y la tromboembolia pulmonar (TEP).⁽³⁾ Las trombosis del territorio mesentérico con relación a la infección por SARS-COV-2 son poco frecuentes y se producen sobre todo a nivel de pequeños vasos. La afectación de los grandes vasos abdominales es predominantemente arterial en pacientes hospitalizados; sin embargo, existen casos como el que documentamos en que la presentación fue en un paciente que se encontraba fuera de hospital con el antecedente de infección reciente por SARS-COV-2.

Bibliografía:

- 1.- P. Libby, T. Luscher. COVID-19 is, in the end, an endothelial disease. *Eur Heart.*, 41 (2020), pp. 3038-3044 Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa623/Medline>
- 2.- C. J. Lowenstein, S. D. Solomon. Severe COVID-19 is a Microvascular Disease. *Circulation.*, (2020) Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1161/circulationaha.120.050354/Medline>
- 3.- S. Bilaloglu, Y. Aphinyanaphongs, S. Jones, E. Iturrate, J. Hochman, J.S. Berger. Thrombosis in Hospitalized Patients With COVID-19 in a New York City Health System. *JAMA.*, 324 (2020), pp. 799-801 Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.13372/Medline>
- 4.- A. Gupta, M.V. Madhavan, K. Sehgal, N. Nair, S. Mahajan, T.S. Sehrawat et al. Extrapulmonary manifestations of COVID-19. *Nat Med.*, 26(2020), pp 1017-1032 Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1038/s41591-020-0968-3/Medline>



GUÍAS DE COMPRESIÓN VENOSA

TERAPIA DE COMPRESIÓN POSTERIOR AL TRATAMIENTO INVASIVO DE VENAS SUPERFICIALES DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES: RECOMENDACIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL FORO VENOSO AMERICANO, SOCIEDAD DE CIRUGÍA VASCULAR, EL COLEGIO AMERICANO DE FLEBOLOGÍA, LA SOCIEDAD DE MEDICINA VASCULAR Y LA UNIÓN INTERNACIONAL DE FLEBOLOGÍA

Fedor Lurie, MD, PhD,a,b; Brajesh K. Lal, MD,c; Pier Luigi Antignani, MD,d; John Blebea, MD, MBA,e; Ruth Bush, MD, JD, MPH,f; Joseph Caprini, MD,g; Alun Davies, MD,h; Mark Forrestal, MD,i; Glenn Jacobowitz, MD,j; Evi Kalodiki, MD,k; Lois Killewich, MD,l; Joann Lohr, MD,m; Harry Ma, MD,n; Giovanni Mosti, MD,o; Hugo Partsch, MD,p; Thom Rooke, MD,q; y Thomas Wakefield, MD,b; Toledo y Cincinnati, Ohio; Ann Arbor y Saginaw, Michigan; Baltimore, Maryland; Roma y Lucca, Italia; Houston y Galveston, Texas; Chicago y Arlington Heights, Illinois; Londres, Reino Unido; Nueva York, Nueva York; New London, Connecticut; Viena, Austria; y Rochester, Minnesota

RESUMEN

Recomendación 1.1: Compresión después de ablación térmica o escisión de venas safenas.

Cuando sea posible, sugerimos que se debe usar compresión (medias elásticas o vendaje) después de procedimientos quirúrgicos o térmicos, para eliminar venas varicosas. [GRADO 2; NIVEL DE EVIDENCIA - C]

Recomendación 1.2: Dosis de compresión posterior a ablación térmica o escisión de venas varicosas

Si los dispositivos de compresión se van a utilizar después del procedimiento, en pacientes sometidos a ablación o procedimientos quirúrgicos en sus venas safenas, aquellos que proporcionan presiones > 20 mm Hg, junto con almohadillas excéntricas colocadas directamente sobre la vena donde se realizó operada o donde se realizó la ablación, proporcionan la mayor reducción de dolor postoperatorio. [GRADO 2; NIVEL DE EVIDENCIA - B]

Recomendación 2.1: Duración de la terapia de compresión después de la ablación térmica o escisión de venas safenas

En ausencia de prueba convincente, recomendamos el mejor juicio clínico, para determinar la duración de la terapia de compresión, después del tratamiento. [MEJORES PRÁCTICAS]

Recomendación 3.1: Terapia de compresión después de escleroterapia

Sugerimos terapia de compresión inmediatamente después del tratamiento de venas superficiales con escleroterapia, para mejorar los resultados de la escleroterapia. [GRADO 2; NIVEL DE EVIDENCIA - C]

Recomendación 3.2: Duración de la terapia de compresión después de escleroterapia

En ausencia de evidencia convincente, recomendamos el mejor juicio clínico, para determinar la duración de la terapia de compresión después de la escleroterapia. [MEJORES PRÁCTICAS]

Recomendación 4.1: Compresión después del tratamiento venoso superficial en pacientes con úlcera venosa en la pierna

En un paciente con úlcera venosa en la pierna, recomendamos terapia de compresión, en lugar de terapia sin compresión, para aumentar la tasa de curación de la úlcera venosa de la pierna y disminuir el riesgo de recurrencia de la úlcera. [GRADO 1; NIVEL DE EVIDENCIA - B]

Recomendación 4.2: Compresión después del tratamiento venoso superficial en pacientes con úlcera mixta arterial y venosa en la pierna

En un paciente con úlcera venosa en la pierna y enfermedad arterial subyacente, sugerimos limitar el uso de compresión a pacientes con índice tobillo-brazo superior a 0,5 o si la presión absoluta del tobillo es > 60 mm Hg. [GRADO 2; NIVEL DE EVIDENCIA - C] (Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders 2019; 7: 17-28.)

JUSTIFICACIÓN DE LOS LINEAMENTOS

La práctica actual de usar terapia de compresión después del tratamiento invasivo de las venas superficiales se basa en la experiencia clínica de generaciones de médicos, que utilizaron esta modalidad, después de la extracción quirúrgica de venas safenas, flebectomías mediante incisión y escleroterapia. En el caso de la escleroterapia, esta práctica se basa en pruebas experimentales.¹ Para otras modalidades, especialmente para la ablación térmica de venas safenas, la evidencia no ha sido organizada en recomendaciones unificadas, lo que hace que la práctica clínica actual sea muy variable.

El Comité de Lineamientos de Foro Americano Venoso (AVF, por sus siglas en inglés) encargó a este grupo de redacción la revisión de la evidencia disponible y recomendación de pautas de práctica.

METODOLOGÍA

Fue utilizada la metodología descrita previamente por el Comité de Guías de Práctica Clínica Conjunta del AVF y de la Society for Vascular Surgery (SVS) ².

El grupo de redacción de Lineamientos para la Compresión fue nombrado por el Comité de Guías del AVF. Representantes de la SVS, la Sociedad de Medicina Vascular, el Colegio Americano de Flebología y la Unión Internacional de Flebología fueron invitados e incluidos en el grupo de redacción. La búsqueda de bibliografía (MEDLINE, Embase, Cochrane Library, Scopus, Google Scholar, Ovid) incluyó los términos en inglés: “lower extremity veins,” “compression stockings,” “compression bandages,” “compression,” “compression therapy,” “sclerotherapy,” “vein surgery,” “high ligation,” “stripping,” “stab phlebectomies,” and “vein ablation.”



El grupo revisó toda la lista y se seleccionaron las publicaciones que resultaron relevantes, para su revisión preliminar. Esta lista preliminar se distribuyó entre los miembros del grupo de redacción con experiencia relevante los cuales identificaron cualquier otra publicación relevante revisada por pares. Cada publicación incluida en la lista final se revisó y se calificó, independientemente, por tres miembros del grupo de redacción.

Tabla. Grados de Evaluación, desarrollo Recomendaciones de Evaluación, Desarrollo y Evaluación (GRADE, por sus siglas en inglés) con base en el nivel de prueba

Grado	Descripción de la Recomendación	Beneficio vs. Riesgo	Calidad Metodológica de la Prueba de Soporte	Implicaciones
1A	Recomendación fuerte, prueba de alta calidad	Los beneficios claramente superan el riesgo y las cargas, o viceversa	ECA sin limitaciones importantes ni evidencia abrumadora	Recomendación fuerte;
1B	Recomendación fuerte, prueba de calidad moderada	Los beneficios claramente superan el riesgo y las cargas, o viceversa	de estudios observacionales	puede aplicarse a la mayoría de los pacientes,
1C	Recomendación fuerte; prueba de baja calidad o de muy baja calidad	Los beneficios claramente superan el riesgo y las cargas, o viceversa	ECA sin limitaciones importantes (resultados inconsistentes, defectos metodológicos, indirectos o imprecisos) o pruebas excepcionalmente	en la mayoría de las circunstancias,
2A	Recomendación débil; prueba de alta calidad	Beneficios balanceados muy de cerca con los riesgos y las cargas	fuertes de estudios observacionales	sin reserva
2B	Recomendación débil; prueba de calidad moderada	Beneficios balanceados muy de cerca con los riesgos y las cargas	Estudios observacionales o serie de casos	Recomendación fuerte: puede aplicarse a la mayoría de los pacientes, en la mayoría de las circunstancias, sin reservas
2C	Recomendación débil; prueba de baja calidad o muy baja calidad	Incertidumbre en las estimaciones de beneficios y riesgos, y cargas; riesgo, beneficio y cargas pueden estar estrechamente equilibrados	ECA sin limitaciones importantes ni pruebas abrumadoras	Recomendación fuerte, pero puede cambiar cuando se haga disponible una calidad más alta

ECA, Ensayos Controlados Aleatorios

Adaptado de Guyatt G, Gutterman D, Baumann MH, Addrizzo-Harris D, Hylek EM, Phillips B, et al. La fuerza de grado de las recomendaciones y el nivel de calidad en los lineamientos clínicos: informe de una fuerza especial del Colegio Americano de Neumólogos. *Chest* 2006;129:174-81.

El sistema de Calificación de la Evaluación de las Recomendaciones, Desarrollo y Evaluación (GRADE) (Tabla) se utilizó en todo el proceso de revisión y síntesis.^{2,3} La calidad de la prueba se calificó como alta, cuando se consideró muy poco probable que la investigación adicional cambiara la confianza en la estimación del efecto; moderada, cuando es probable que una mayor investigación tuviera un impacto importante en la estimación del efecto; o baja, cuando más investigación muy probablemente cambiara el estimado del efecto. Cuando los beneficios de una intervención superaron sus riesgos, se observó una recomendación fuerte. Sin embargo, si los beneficios y riesgos eran menos seguros, ya sea por la prueba de baja calidad o porque la prueba de alta calidad sugirió que los beneficios y los riesgos estaban estrechamente equilibrados, se registró una recomendación débil. Los desarrolladores de los lineamientos utilizaron los términos “recomendamos”, para denotar las recomendaciones fuertes, mientras que para las recomendaciones débiles, utilizaron una redacción menos

definitiva, como “sugerimos”. Siguiendo la metodología de los Lineamientos AVF anteriores, cuando faltó prueba o no había alternativas comparables para una recomendación, la recomendación se etiquetó [MEJOR PRÁCTICA]. Estas calificaciones se revisaron y aprobaron por todo el grupo de redacción, y sirvió de base para calificar las recomendaciones. Todo el Comité de Lineamientos revisó y aprobó el documento final.

CONSIDERACIONES GENERALES PARA TERAPIA DE COMPRESIÓN

Actualmente, existen cinco categorías disponibles de terapia de compresión de las extremidades: los vendajes de compresión, las medias de compresión, los dispositivos de velcro autoajustables, las bombas de compresión y los dispositivos híbridos. Los vendajes de compresión y las medias de compresión se usan, más comúnmente, para la aplicación, a corto plazo, después de las intervenciones de venas varicosas.



Los vendajes de compresión están disponibles en una amplia gama de materiales y tejidos con diferentes propiedades elásticas.⁴ La capacitación para su aplicación adecuada es esencial.⁴ Para hacer que el vendaje sea más fácil, seguro y efectivo, la mayoría de los vendajes modernos combinan diferentes materiales en su composición. Debido a la fricción entre estos componentes y el uso de superficies adhesivas, los vendajes multicomponentes proporcionan brazaletes no ceñidos, de alta rigidez, alrededor de la pierna, incluso cuando sus componentes individuales son elásticos. Esta rigidez de los tejidos elásticos resulta en un aumento de la presión debajo del vendaje, cuando los pacientes se ponen de pie o cuando caminan.⁵ Ejemplos de estos son los “vendajes multicapa”, como Profore (Smith & Nephew, Memphis, Tenn), Comprifore (Jobst, Charlotte, Carolina del Norte) y Coban 2 (3M, St. Paul, Minnesota), como una versión de “dos capas”. De hecho, cada vendaje se compone de más de una capa y por lo tanto, el término vendaje multicapa es engañoso. Los vendajes multicomponentes se deben aplicar con una presión de aproximadamente 50 mm Hg, en la parte inferior de la pierna y >30 mm Hg, en el muslo.⁶

La principal ventaja de este tipo de vendaje es que proporciona presiones por dentro del vendaje aún más altas, en posición vertical del cuerpo y cuando el paciente camina, mientras que la presión es tolerablemente baja durante el descanso.⁷ Los efectos de los picos de presión intermitentes durante la caminata son comparables a aquellos de las bombas de compresión neumáticas intermitentes, para las cuales hay más pruebas sobre la eficacia hemodinámica publicada que para los vendajes.⁵ La principal desventaja de estos vendajes es que existe el riesgo de aplicarlos

demasiado flojos o que la presión comience a caer, inmediatamente después de su aplicación, debido a la eliminación del edema, después de lo cual el vendaje se suelta.

Las medias de compresión son el método más popular de dispositivos de compresión. Para facilitar la auto-colocación por parte del paciente sobre los talones, deben ser adecuadamente elásticas.

Su principal desventaja es la presencia de menores aumentos de presión, en comparación con los vendajes de compresión, al pararse y al caminar.⁷ Por lo tanto, son menos efectivos con respecto a efectos hemodinámicos. Sin embargo, se ha demostrado que las medias de compresión son efectivas para reducir el edema y el dolor en comparación a no usar medias ^{8,9} y parecen tener propiedades antiinflamatorias.¹⁰

DOSIS DE COMPRESIÓN Y PERFIL DE COMPRESIÓN

Un objetivo principal de la compresión después de los procedimientos en venas superficiales es el mantenimiento de la oclusión de la vena tratada para evitar hematomas y recanalización, como se observa en un modelo animal.¹¹ Para lograr este objetivo, la presión externa debe exceder la presión intravenosa. Esta última principalmente depende de la posición del cuerpo, correspondiente a la altura de la columna de sangre entre el punto de medición y el lado derecho del corazón. La

presión en las venas de las piernas es muy baja cuando los pacientes se encuentran posicionados horizontalmente. En esta posición, las imágenes de la resonancia magnética confirmaron que una presión de compresión <10 mm Hg puede estrechar la vena safena mayor (VSM).

Se necesitan presiones mucho más altas para estrechar las venas de la extremidad inferior cuando los pacientes se encuentran sentados o en bipedestación. Las observaciones de la ecografía venosa e imágenes de resonancia magnética confirman que se requiere una presión de compresión > 50 mm Hg en la parte inferior de la pierna y de >30 a 40 mm Hg a nivel del muslo para realizar oclusión de una vena en bipedestación. Al usar material elástico de compresión, en manos de un experto, estas presiones son bien toleradas y efectivas. Esta es la razón más probable por la que los estudios recientes, con comparación de los diferentes dispositivos de compresión, recomiendan comenzar con vendajes de compresión, durante los primeros días después del procedimiento, con el objetivo de comprimir las venas recientemente tratadas. Una limitación de estos informes fue la ausencia de reporte de la presión de compresión efectiva para estas recomendaciones.

Mediante el uso de almohadillas con formación especial, es posible alcanzar niveles de presión de compresión efectiva de manera local sobre la vena tratada, incluso cuando se usan medias de compresión. Esto se debe a la reducción artificial del radio local de la pierna (ley de Laplace). La compresión podría ser excéntrica^{12,13}, excéntrica y concéntrica¹⁴ o tangencial^{15,16}.

El concepto de la graduación de la compresión, cuyo efecto es la disminución de la presión de distal a proximal, parece ser menos importante después de los procedimientos en las venas en pacientes más activos. Es posible considerar un vendaje de compresión cuidadoso con el pie, de tal forma que se promueva la movilidad del tobillo y caminata para la prevención de edema en las regiones comprometidas.

ADHERENCIA

Un problema importante de la terapia de compresión es la mala adherencia por parte del paciente, especialmente cuando se planea un manejo a largo plazo.¹⁸ Las principales quejas reportadas por los pacientes son dificultad durante el proceso de postura (tirar hacia arriba) y remoción (retiro) de las medias de compresión, problemas de deslizamiento de vendajes fijos a lo largo de la pierna, y preocupación con la higiene por su uso durante períodos prolongados. Los mejores argumentos para una mejor adherencia son el alivio del dolor y otros beneficios experimentados por los pacientes tras lograr una compresión adecuada.



1. COMPRESIÓN VS. NO COMPRESIÓN, DESPUÉS DE ABLACIÓN TÉRMICA O DESPOJO DE VENAS SAFENAS

Lineamiento 1.1: Compresión después de ablación térmica o escisión de las venas safenas

Cuando sea posible, la compresión (medias o vendaje elásticos) se debe usar después de procedimientos quirúrgicos o términos para eliminar venas varicosas [GRADO -2; NIVEL DE PRUEBA - C]

Lineamiento 1.2: Dosis de compresión después de ablación térmica o escisión de venas safenas

Si los apósitos de compresión se van a utilizar después del procedimiento, en pacientes sometidos a ablación o procedimientos quirúrgicos en venas safenas, las que proporcionan presiones de >20 mm Hg, junto con las almohadillas excéntricas colocadas directamente sobre la vena con la ablación u operada proporcionan la mayor reducción de dolor postoperatorio. [GRADO 2; NIVEL DE PRUEBA - B]

Se identificaron un total de 13 publicaciones relevantes 12,13,19-29 de las cuales 1 era una revisión sistemática 19 y 2 eran lineamientos producidos por otros grupos 20,21. Los 10 documentos restantes incluyen 9 ensayos controlados aleatorios (ECA) 12,13,22-27,29 y un estudio de caso y control 28.

Ni los ECA 12,13,22-27,29 ni el estudio de control de casos 28 incluyó un grupo de pacientes que no hubiera recibido terapia de compresión. La mayoría de los médicos recomiendan, rutinariamente, terapia de compresión, después de la ablación quirúrgica o térmica de venas varicosas, con la suposición tácita de que los pacientes obtendrán beneficios de la compresión. En los estudios publicados, los investigadores no probaron si la compresión fue beneficiosa y sólo probaron los diferentes niveles de compresión, que deberían mantenerse después de un procedimiento. Hallazgos similares son evidentes en los dos lineamientos publicados previamente. Los lineamientos de la Sociedad Europea de Cirugía Vasculat 20 hizo la siguiente recomendación: “Se recomienda compresión post-procedimiento después de una cirugía superficial venosa, ablación troncular endovenosa y escleroterapia [Clase I, Nivel A]”. Los lineamientos sobre venas varicosas del Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Cuidado 21 establecieron: “Como no hubo evidencia convincente para usar o no usar terapia de compresión, el GDL [Grupo de Desarrollo de Lineamientos], considerando el costo de la terapia de compresión, sintió que no podía hacer una recomendación de no usar medias en todas las intervenciones posteriores, y el consenso fue que, en su experiencia clínica, algunas personas, después de la cirugía, se sintieron beneficiadas por el uso de medias. Sin embargo, el GDL, teniendo en cuenta el costo de la terapia de compresión, sintió que no podían recomendar su uso a largo plazo.” Su recomendación fue “Si se ofrece vendajes o medias de compresión para uso después del tratamiento intervencionista, no lo use por más de siete días.”²¹

Con base en estos hallazgos, cualquier extrapolación de los datos disponibles en un intento de responder la pregunta principal debe considerarse especulativa. Sin embargo, también sería imprudente recomendar en contra del uso de la compresión,

después de la ablación o escisión safena. Tomando la evidencia como un todo, uno podría concluir que algo de compresión es mejor que nada. La recomendación de este comité es la siguiente: cuando sea posible, la compresión (medias o vendajes elásticos) se deben usar, después de procedimientos quirúrgicos o térmicos, para eliminar venas varicosas. [GRADO 2; NIVEL DE EVIDENCIA - C]

Cinco estudios abordaron la dosis y la modalidad de compresión, después de la ligadura/escisión o ablación térmica de venas safenas.^{12,13,23,25,28} Cuatro de estos, que representan un total de 237 pacientes, compararon resultados asociados con las diferentes modalidades de compresión y dosis, después de varios tipos de cirugía de venas safenas.^{13,23,25,28} El quinto estudio comparó los resultados con diferentes modalidades de compresión, después de la ablación endovenosa en 200 pacientes.¹² Cuatro fueron ensayos aleatorios ^{12,13,23,25}, mientras que uno fue un estudio de caso y control.²⁸ En uno de los ensayos aleatorios, los autores declaran, claramente, que el tratamiento fue ciego²⁵; en los otros, esto no se especificó.

La compresión se logró usando una variedad de medias de diferentes resistencias, vendajes y almohadillas de espuma “excéntricas” o “apósitos a granel”, colocadas directamente sobre los sitios tratados por venas safenas. Las presiones de compresión de las diferentes modalidades se informaron en tres estudios ^{13,25,28} parcialmente reportadas en uno ¹² y no reportadas en otros ²³.

Las presiones de compresión oscilaron entre un mínimo de 18 mmHg, con una sola media, hasta un máximo de casi 100 mm Hg, con una combinación de dos medias y una almohadilla excéntrica en posición de pie.¹³ Los resultados que se informaron incluyen dolor postoperatorio al final de los siete días, edema, complicaciones (hematomas, sangrado a través de los apósitos, irritación de la piel, flebitis y trombosis venosa profunda [TVP]) y calidad de vida. El dolor fue evaluado en todos los cinco estudios, varias combinaciones de complicaciones en tres ^{13,25,28} y calidad de vida en uno ²⁸.

El hallazgo más consistente de estos estudios fue que los pacientes tratados con niveles más altos de compresión reportaron mucho menos dolor a los siete días, en comparación con aquellos tratados con niveles más bajos de compresión. Esto se observó en cuatro de los cinco estudios.^{12,13,25,28} En un estudio de centro único ²⁵, 88 pacientes sometidos a una variedad de procedimientos de despojo/extracción fueron aleatorizados a bajo (18-21 mmHg) versus terapia de compresión moderada (23-32 mmHg), aplicada diariamente (8 horas/día) durante seis semanas. Se obtuvo seguimiento a la semana 1 y 6. Esto incluyó un cuestionario (no estándar), un examen clínico, una evaluación del edema y una evaluación de ecografía dúplex por flebitis. A la semana uno, hubo menos dolor, opresión, incomodidad y edema, en el grupo de compresión moderada, en comparación con el grupo de baja compresión. A la semana 6, ya no había diferencias en opresión, incomodidad ni edema, aunque estaba aún presente una reducción en el dolor. Los autores concluyeron que más compresión era mejor que menos, particularmente durante el período postoperatorio temprano (semana uno).



Dos estudios evaluaron los beneficios de las medias, junto con las almohadillas de muslo, colocadas “excéntricamente” sobre el sitio de la vena safena, en pacientes sometidos a ligadura y escisión.^{13,28} En un estudio de caso y control, realizado en tres centros europeos, 36 pacientes fueron tratados con dos medias de compresión, con una almohadilla de muslo y 17 con dos medias solas. En el primer día postoperatorio, se midió un dolor significativamente reducido, medido en una escala analógica visual (EAV) en el grupo receptor, tanto de las medias como de las almohadillas, en comparación con el grupo que recibió sólo las medias (31 vs. 19; P=.05).

El puntaje del dominio físico del cuestionario de calidad de vida de la Encuesta de Salud en Formato Corto de 12 ítems también mostró mejores resultados en el grupo de medias y almohadillas, mientras que el dolor general se redujo en un 49%, en comparación con el de medias únicamente. No hubo diferencias en los eventos adversos. En el segundo estudio que investigaba el uso de almohadillas excéntricas después de procedimientos de escisión safeno, 54 pacientes fueron asignados, al azar, a tres diferentes grupos: grupo 1, sólo medias de compresión (23-32 mm Hg en el tobillo); grupo 2, vendas adhesivas (Porelast y Panelast; L&R, Rengsdorf, Alemania) y grupo 3, medias de compresión y una almohadilla excéntrica en el sitio GVS del muslo. Todos los dispositivos se usaron durante siete días. Los resultados incluyeron las presiones alcanzadas (supina y de pie, día 1 y día 7), los eventos adversos importantes en el día 7 (puntuación de dolor VAS >6, hematoma extenso, sangrado a través del vendaje, trombosis venosa superficial o TVP), eventos adversos menores en el día 7 (puntuación VAS 3-5, incomodidad, irritación de la piel, coágulo en el canal de escisión /extracción) y ecografía dúplex en el día 7. Las presiones más altas se obtuvieron en el grupo 2 vs. el grupo 1, y en el grupo 3 vs. los grupos 1 y 2. Hubo más eventos adversos importantes en el grupo 1 y más eventos menores (irritación de la piel) en el grupo 3. No ocurrió ninguna trombosis venosa superficial o TVS en ninguno de los pacientes. Los autores concluyeron que las presiones más altas eran mejores, aunque la almohadilla tuvo que pegarse en su lugar y esto causó más irritación en la piel.

En un estudio de un solo centro de pacientes, sometidos a tratamiento de ablación endovenosa de la vena safena con láser, 200 sujetos fueron asignados, al azar, a medias solas (35 mm Hg) vs. medias más compresión “excéntrica”, enfocada sobre la vena ablacionada (algodón a granel debajo de la media para dar compresión localizada adicional, directamente sobre la vena ablacionada). Los pacientes fueron evaluados a los siete días, en cuanto a su nivel de dolor, utilizando una puntuación de dolor VAS (0, sin dolor; 10, dolor máximo). Los resultados demuestran una reducción altamente significativa del dolor a los 7 días, en pacientes tratados con volumen adicional (puntaje de dolor de 1.4 con volumen más media vs. 4.9 con medias solamente). Los autores concluyeron que la compresión excéntrica adicional focalizada directamente sobre la vena tratada reduce, en gran medida, el dolor post-ablación, a los 7 días.¹²

En el quinto estudio, Bond et al ²³ investigaron los efectos de tres medias de compresión diferentes (TED [Cardinal Health, Waukegan, Illinois], Medi-Tech [Danbury, Connecticut], Panelast) sobre dolor postoperatorio, en 48 pacientes sometidos a ligadura y safenectomía. En cada paciente, cada pierna fue

aleatorizada a uno de los tres tipos de medias. No hubo diferencias significativas en los puntajes de dolor a la semana 1, después del procedimiento, usando medidas a una escala numérica, entre cualquiera de las medidas aplicadas.

La calidad general de los estudios publicados es inadecuada, debido al pequeño tamaño de la muestra falta de cegamiento, aleatorización, compresión del direccionamiento de datos, fortalezas y resultados inconsistentes. Sin embargo, tomados en conjunto, sugieren que el dolor postoperatorio en los primeros 7 días después de la cirugía safena o la ablación térmica puede reducirse con el uso de modalidades de compresión más altas y compresión excéntrica.

2- COMPRESIÓN DE CORTO PLAZO (<2 SEMANAS) VS. COMPRESIÓN TÉRMICA MÁS LARGA DESPUÉS DE ABLACIÓN TÉRMICA

Lineamiento 2.1: Duración de la terapia de compresión después de ablación térmica o despojo de venas safenas

En ausencia de pruebas convincentes, recomendamos un mejor juicio clínico para determinar la duración de la terapia de compresión después del tratamiento. [MEJOR PRÁCTICA]

Se identificaron un total de ocho publicaciones relevantes ^{21,22,25-27,30-32}: un lineamiento ²¹, cuatro ECA ^{22,25-27} y tres estudios observacionales no aleatorizados ³⁰⁻³⁵. Ninguno de los estudios incluidos fue suficientemente poderoso o tuvo un diseño adecuado, para abordar el tema de la duración óptima de la terapia de compresión. Los estudios incluidos fueron heterogéneos con respecto al tiempo para obtener resultados medidos, la modalidad de la ablación de la vena, y la modalidad y dosis de compresión.

Un estudio comparó 4 horas de compresión en el miembro inferior con 72 horas de compresión de la pierna, después de la ablación por radiofrecuencia del VSM.²² Este ensayo, de 101 pacientes, excluyó pacientes con enfermedad C5 y C6 según la clasificación Clínica, Etiológica, Anatómica y Fisiopatológica (CEAP), ablación bilateral por radiofrecuencia, ablación de la safena menor e incumplimiento preoperatorio a la terapia de compresión. El estudio demostró que los pacientes con la duración más corta de compresión tuvieron una mayor reducción en el volumen de la pierna y menor número de complicaciones. El dolor postoperatorio y el tiempo de recuperación total no tuvo diferencias entre los grupos. El estudio concluyó que el uso de medias de compresión por un tiempo más corto, no fue inferior a la compresión por un tiempo más largo. Vale la pena mencionar que no se informó cuántos pacientes, en caso de existir, tuvieron insuficiencia venosa profunda.

Un estudio de ablación endovenosa con láser en 109 pacientes excluyó aquellos con insuficiencia venosa profunda, ulceración venosa, más de una vena insuficiente por pierna, terapia anticoagulante y flebectomías. Los resultados fueron comparados para aquellos que usaron compresión durante 2 días vs. aquellos que usan compresión durante 7 días, después del procedimiento. Todos los pacientes fueron tratados con láser de diodo



de 810 nm con fibra de punta descubierta. Tras la semana 1, hubo una diferencia significativa en la puntuación del dolor, disfunción física y vitalidad, con un período de compresión más largo, pero las ventajas desaparecieron hacia la semana 6. No hubo diferencia en la oclusión exitosa del VSM entre los diferentes grupos. Los autores recomendaron permitir al paciente escoger el uso de medias compresivas en caso de presentar molestias que superaran al dolor y reducción de funcionalidad asociadas al desuso tras 48 horas 27. En otro estudio que utilizó láser de diodo de 810 nm, la compresión se aplicó durante una semana después del procedimiento con medias de 20 a 30 mm Hg. La resolución completa de las várices se observó en 42% de los pacientes tras un mes, con una reducción del tamaño de las várices en el 56% de los pacientes.

No hubo complicaciones relacionadas con la terapia de compresión.³⁰ Otro estudio utilizó un láser de 1470 nm; los pacientes con un accesorio anterior incompetente en la VSM, venas safenas pequeñas e incompetentes, insuficiencia venosa profunda, TVP, hipercoagulabilidad, mal estado general de salud, venas aneurismáticas >2 cm de diámetro, venas muy tortuosas, pulsos pedio no palpable, incapacidad para la deambulación, o en estado de embarazo o lactancia, fueron excluidos de este estudio. La tasa de oclusión a corto y mediano plazo fue de 99% y 100%, respectivamente. La presencia de Induración o hinchazón fue la complicación más común (13%), y no hubo complicaciones mayores tales como TVP o embolia pulmonar. El puntaje de severidad clínica venosa (VCSS, por sus siglas en inglés) disminuyó significativamente. En este estudio, los pacientes utilizaron un vendaje de compresión, durante las primeras 24 horas y luego una media elástica de longitud completa (20-30 mmHg) por 4 semanas. Aunque no hubo un grupo de comparación, el estudio reportó una buena tolerancia y éxito después de la ablación con láser 1470 nm tras 4 semanas de compresión.³¹

La duración de las medias de compresión también fue evaluada después de la ablación quirúrgica de las várices (escisión y ligadura). Un estudio evaluó 104 pacientes con incompetencia de VSM, tratada con safenectomía por invaginación, con los siguientes criterios de exclusión: pacientes que no podían usar medias de compresión elásticas, uso de medias de compresión en la actualidad y presencia de úlceras venosas en las piernas; no definió la exclusión o inclusión de pacientes con insuficiencia venosa. Todos los pacientes fueron tratados con vendajes de compresión por 3 días; luego se dividieron en un grupo tratado por 4 semanas adicionales y un grupo sin tratamiento adicional. Dentro de los resultados descritos para medidas 4 semanas después del procedimiento o de la cirugía, no hubo diferencia significativa en el volumen de la extremidad entre los dos grupos, y los pacientes sin uso medias retornaron a sus actividades laborales más rápido. Los autores sugirieron que, el uso de medias de compresión elástica, no tiene un beneficio adicional después del vendaje de compresión por 3 días tras la escisión por inversión.²⁶ Un hallazgo distinto fue observado en un estudio de pacientes de sexo femenino aleatorizadas en dos grupos: uso de terapia de compresión con baja resistencia (18-21 mm Hg) vs. medias de compresión de resistencia moderada (23-32 mm Hg), posteriormente a ablación venosa. Los pacientes usaron compresión durante 6 semanas, en el postoperatorio. En este estudio, hubo muchos criterios de exclusión, aunque no se

especificó insuficiencia venosa profunda. Las intervenciones quirúrgicas incluidos fueron los siguientes: ligadura y escisión de venas safenas grandes o pequeñas, flebectomía de afluentes, ligadura de venas perforantes, flebectomía de venas recurrentes y cirugía para rehacer las uniones safeno-femorales o safeno-poplíteas.

Una semana después de la cirugía, los pacientes del grupo de compresión más alta tuvieron puntajes de edema más bajos, y reducción de malestar y sensación de tirantez. En la semana 6, no hubo diferencias entre los dos grupos en las tasas de complicaciones, fuera en la semana 1 o a las 6 semanas, después del procedimiento. Los autores concluyeron presencia de ventajas para la compresión moderada después de ablación venosa y recomendaron compresión bajo esas circunstancias.²⁵

Finalmente, en un estudio analizaron una muestra de 979 extremidades en pacientes sometidos a procedimientos para várices e insuficiencia venosa, en su mayoría ablación y flebectomía activada por Trivex (LeMaitre Vascular, Burlington, Massachusetts).³⁶ El VCSS produjo mejoría significativamente mayor para la ablación más el Trivex con respecto a monoterapia con ablación. Para todos los pacientes, utilizaron vendaje de compresión de estiramiento corto inmediatamente después del procedimiento e iniciaron deambulación temprana. Se empleó compresión por lo menos durante dos semanas después de cirugía, y determinaron el uso de compresión a largo plazo, con base en el estado del reflujo del sistema venoso profundo. Con este algoritmo, los pacientes demostraron una mejora significativa en el VCSS, con una tasa de complicación de 1.6% para TVP, 3.7% de trombosis endotérmica inducida por calor, 0,82% de infección, 5,1% de hematoma y 4,9% de tromboflebitis superficial.

Las recomendaciones para várices del Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Cuidado fueron dirigidas hacia el tiempo de duración de la compresión con base en dos estudios. El primero comparó escleroterapia con espuma más compresión vs. escleroterapia, mientras el segundo realizó la comparación de cirugía venosa más compresión vs. cirugía venosa. Las recomendaciones sugieren: “Si se ofrece vendaje o medias de compresión, para uso después del tratamiento de la intervención, no los utilice por más de 7 días”. Además, “Como no hubo evidencia convincente del uso o no uso de la terapia de compresión, el Grupo de Desarrollo de Lineamientos [GDL] sintió que no podían hacer una recomendación de no usar medias posteriormente a los procedimientos y el consenso fue, con base en su experiencia clínica, presencia de beneficio del uso de medias posteriormente a cirugía. Sin embargo, el GDL, teniendo en cuenta el costo de la terapia de compresión, sintió que no podía recomendar su uso a largo plazo. Se les puede aconsejar a los pacientes que, en la mayoría de los casos, pueden regresar al trabajo, mientras usan vendajes o medias de compresión.”

Por lo tanto, está claro que el problema real radica en la adaptación al estado general de la insuficiencia venosa más que la compresión después de procedimientos para patología venosa. En un paciente con reflujo venoso superficial, puede que no haya necesidad de compresión o utilización durante las primeras horas o días. En el caso de reflujo venoso profundo e insuficiencia venosa profunda significativa, es probable que la compresión sea empleada en el periodo post-operatorio y también a largo plazo.



3. COMPRESIÓN DESPUÉS DE ESCLEROTERAPIA

Lineamiento 3.1: Terapia de compresión después de escleroterapia

Sugerimos terapia de compresión sobre no terapia de compresión, inmediatamente después del tratamiento de venas superficiales con escleroterapia, para mejorar los resultados de la escleroterapia [GRADO – 2; NIVEL DE PRUEBA – C]

Lineamiento 3.2: Duración de la terapia de compresión después de la escleroterapia

En ausencia de prueba convincente, recomendamos el mejor juicio para determinar la duración de la terapia de compresión después de escleroterapia. [MEJOR PRÁCTICA]

Se identificaron un total de dieciocho (18) publicaciones relevantes 34,35,37-52: una revisión sistemática 40, 2 lineamientos 51,52, un documento de consenso 50, 2 documentos de opinión 38,39, 4 ECA 37,42,44,45 y 8 estudios observacionales no aleatorizados 34,35,41,43,46-49. Los estudios incluidos fueron heterogéneos en resultados medidos y modalidad, duración, y dosis de compresión. La mayoría de los estudios observacionales no tenían grupos de comparación. Ninguno de los ECA incluidos utilizaron medidas de resultados diferenciales para pacientes asintomáticos cosméticos y pacientes médicos sintomáticos.

La mayoría de los médicos con experiencia en manejo de venas varicosas abogan por el uso de compresión después de la escleroterapia. Sin embargo, la duración y el grado de compresión son controversiales. La terapia de compresión graduada reduce el riesgo de TVP, edema y flebitis superficial; la compresión inmediata permite una posición más directa de las paredes venosas tratadas, lo que a su vez produce mejoría de esclerosis y disminución de formación de trombos.³⁸ Los efectos fisiológicos de compresión graduada incluyen: aumento de la velocidad del flujo sanguíneo en las venas profundas; aumento de la producción de prostaciclina; aumento del aclaramiento capilar local; aumento de la presión transcutánea de oxígeno; aumento del volumen capilar expulsado al hacer ejercicio y mayor liberación de activador plasminógeno. La compresión graduada también disminuye la capacidad y presión en las venas, várices superficiales visibles, y disminuye el edema y lipodermatoesclerosis.³⁹ Todos estos efectos pueden justificar el uso de terapia de compresión, en pacientes con enfermedades venosas crónicas, incluso después del tratamiento con escleroterapia.

Una revisión colaborativa de Cochrane en 2013 evaluó el uso de compresión elástica vs. el vendaje convencional, después de la escleroterapia y concluyó que no se puede recomendar ningún método estándar de compresión después de la escleroterapia.⁴⁰ Las opciones de compresión revisadas incluyen vendaje en capas o multicapa, vendajes elásticos certificados y medias de compresión. Aumentar el nivel de compresión evitó el deslizamiento de los apósitos, pero también causó más molestias. El aumento de la compresión elástica no tuvo efecto sobre la incidencia de la tromboflebitis superficial ni riesgo de manchas en la piel. Además, la compresión elástica no tuvo un efecto significativo sobre la desaparición de varicosidades, según su revisión.

En un estudio prospectivo de 100 pacientes, se evaluaron 120 extremidades con várices primarias de pacientes que habían sido tratadas con polidocanol, como esclerosante. Utilizaron la técnica de vena vacía e inmediatamente después de la inyección, colocaron un rollo largo de algodón sobre toda la vena y aplicaron compresión adicional con medias de compresión médicas clase I y clase II.⁴¹ Este estudio reportó buenos resultados de esclerosis en todos los pacientes tratados. Los efectos colaterales se clasificaron como tempranos o tardíos; hubo efectos colaterales menores en 16 pacientes, tres casos de coágulos de sangre venosa superficial y flebitis ocurrieron, que requirieron micro-trombectomía. Este estudio demostró la efectividad del rollo de algodón para compresión en el lugar del tratamiento al ser utilizado como parte de la terapia de compresión. El resultado obtenido fue mayor efectividad y facilidad con la terapia de compresión es más efectiva y más fácil. Un ECA evaluó 124 extremidades aleatorizadas y dividió la muestra en dos grupos: vendajes durante 24 horas vs. 5 días. No se encontró ninguna ventaja en el grupo de compresión con vendajes durante >24 horas con uso de medias de contención tromboembólicas durante 14 días después del vendaje inicial.⁴²

Raj et al ⁴³ abordaron el tema del vendaje de compresión y por cuánto tiempo los vendajes mantienen su presión, durante el tratamiento ambulatorio de las venas varicosas. Recomendaron el uso de vendaje de compresión por 6 semanas después de la escleroterapia. Sin embargo, las presiones bajo estos vendajes fueron medidas durante 8 horas y los resultados demostraron variación considerable de sus valores por diferentes cirujanos. Las presiones iniciales también fueron mayores con el uso de almohadillas de compresión estándar, aunque la velocidad de disminución de la presión fue casi la misma.

También abordaron las implicaciones del vendaje estándar a corto plazo vs a largo plazo, después de la escleroterapia en la revisión de Cochrane.⁵³ Cuatro (4) ensayos aleatorios trataron sobre la duración de la compresión (tiempo corto vs. tiempo estándar), después de la escleroterapia. Los siguientes resultados favorecieron la aplicación a corto plazo, de vendajes: mejoría cosmética y sintomática ⁵⁴; várices recurrentes ^{55,56}; complicaciones tales como flebitis, manchas, dolor, ampollas y ulceración ³³; e incomodidad, resbalamiento, hinchazón de los pies e intolerancia al vendaje.^{33,56}

Dos estudios diferentes abordaron la efectividad de las medias de compresión y su duración, para la escleroterapia, tratamiento de venas reticulares, y telangiectasia en pacientes similares. Weiss et al³⁴ estudió 40 pacientes, 30 de los cuales recibieron terapia de compresión y 10 sin este manejo. El grupo de compresión fue subdividido en 3 subgrupos de 10 pacientes cada uno: aquellos que recibieron compresión por 3 días, 1 semana o 3 semanas. Los pacientes fueron evaluados en la semana 1, 2, 6, 12, así como grado de mejoría y efectos colaterales. Los tres subgrupos de compresión mostraron una mejora significativamente mayor en la semana 6 con respecto los controles. Los pacientes tratados con compresión por 3 días y por 1 semana, mostraron mejoría que los pacientes de control, pero los pacientes tratados por 3 semanas de compresión continua tuvieron la mayor mejoría. En términos de efectos secundarios, los grupos de 1 y 3 semanas de compresión experimentaron la menor cantidad de hiperpigmentación después de la escleroterapia.³⁴ En otro estudio de Kern et al ⁴⁴, 100 pacientes femeninos, que



buscaban tratamiento para telangiectasia y venas reticulares, fueron aleatorizadas, para que usaran medias de compresión médicas (23-32 mmHg) diariamente, durante 3 semanas vs. no compresión, después de una sola sesión de escleroterapia líquida. Los resultados se compararon con base en un análisis de satisfacción del paciente, y una evaluación cuantitativa de fotografías tomadas antes del procedimiento y a una media de 52 días, después de la escleroterapia, por dos revisores expertos cegados. Usar medias de compresión de 23 a 32 mm Hg, durante 3 semanas, mejoró la eficacia de la escleroterapia, al mejorar la desaparición de los vasos. Tres semanas de compresión continua condujo a los mejores resultados, aunque incluso 3 días de compresión resultó en una mejoría, en comparación a sin compresión. La compresión también condujo a una reducción estadísticamente significativa en la hiperpigmentación, después de la escleroterapia.⁴⁴

Dos estudios compararon la compresión de las medias de la parte alta del muslo vs el vendaje, después de la escleroterapia líquida. Lo primero fue un ECA de Scurr et al.⁴⁵ Se evaluó la eficacia con base en la necesidad de inyecciones sucesivas, complicaciones del tratamiento y satisfacción del paciente. En los pacientes que recibieron medias, 144 de 156 inyecciones se compararon con éxito con 117 de 147, en el grupo de vendado. La incidencia de flebitis venosa superficial y trombosis también se redujo en el grupo de las medias. En un segundo estudio de medias de alta compresión únicamente, por Shouler y Runchman⁴⁶, se concluyó que el vendaje, después de la escleroterapia, no se requería, si se iba a usar medias de alta compresión.

Nootheti et al ³⁵ revisaron los resultados de la escleroterapia, después de 3 semanas de compresión graduada clase I (20-30 mm Hg), en comparación con 1 semana de aquellas de clase II de compresión (30-40 mm Hg). Esto fue un pequeño estudio, con 29 pacientes, tratados por venas reticulares y telangiectasias. A una pierna se le asignó usar medias de clase II, durante 1 semana y a la pierna contralateral, se le asignó 3 semanas de compresión graduada como de clase I. La pigmentación y los hematomas, después de la escleroterapia, fueron significativamente menos, en el grupo con 3 semanas de compresión graduada como de clase I.

Fentem et al ⁴⁷ estudiaron voluntarios sanos, comparando el uso de vendaje con una almohadilla de compresión plana y grande vs una almohadilla pequeña y angosta. Diferentes cirujanos lograron diferentes grados de compresión El uso de una almohadilla de espuma, sobre el sitio de inyección, fue exitoso, siempre que tuviera lugar una oclusión fibrinosa en la vena. Este estudio sugirió la necesidad de medir las presiones debajo del vendaje.

Algunos estudios han cuestionado la necesidad de compresión después de la escleroterapia. La efectividad de los vendajes o medias de compresión, en pacientes sometidos a escleroterapia con espuma, se estudió en un ensayo aleatorio de 124 extremidades con 24 horas vs. 5 días de vendaje.³⁷ No hubo diferencia significativa entre los dos grupos, en la incidencia de tromboflebitis superficial, después de 2 semanas, ni decoloración de la piel, después de 6 semanas. No hubo diferencia significativa en el cambio del puntaje de dolor Buford, desde el inicio hasta la semana 2, o en el cambio del puntaje de la Encuesta de Salud SF-36, desde el inicio hasta la semana 6. En un estudio contro-

lado y aleatorizado, realizado en dos centros, 60 pacientes con GVS incompetentes y venas safenas cortas, se sometieron a una escleroterapia con espuma guiada por ecografía.³⁷ Un grupo fue tratado con medias de compresión (15-20 mmHg), durante 3 semanas y el otro grupo fue tratado sin compresión. La eficacia de la escleroterapia y los efectos secundarios se evaluaron. En los días 14 y 28, se realizaron ecografías clínicas y dúplex, por expertos independientes; los pacientes también completaron un cuestionario de calidad de vida y reportaron puntajes de satisfacción. El estudio no encontró diferencias entre los grupos de compresión y control, en la comparación de la eficacia del tratamiento, los efectos secundarios, los puntajes de satisfacción, los síntomas y los puntajes de calidad de vida. Los autores recomendaron más estudios, para establecer el rol de la compresión, en la escleroterapia y evaluar otras estrategias de compresión.

Thomasset et al ⁴⁹ diseñaron una base de datos prospectiva colectiva de escleroterapia con espuma guiada por ecografía. Evaluaron 126 pacientes que se habían sometido a escleroterapia con espuma dirigida por ecografía de la GVS (n = 75), la vena safena pequeña (n = 13) y la vena safena accesoria anterior (n = 9). Tuvieron un seguimiento medio de 3 meses y utilizaron ecografía dúplex, para evaluar la oclusión completa del vaso objetivo. El único factor asociado con el resultado del vaso fue el cumplimiento de la terapia de compresión, posterior al procedimiento. El único factor asociado a complicaciones después de la escleroterapia con espuma, fue el sexo femenino. Sus datos sugirieron que el cumplimiento de la terapia de compresión post-procedimiento y el sexo eran factores importantes, en un resultado exitoso. Los pacientes fueron tratados con almohadillas de espuma, que se aplicaron sobre la vena tratada, y luego se aplicaron medias de compresión graduada como de clase II, hasta el muslo, con una extensión de cintura, sobre las almohadillas de espuma, después del procedimiento. Se usaron almohadillas de espuma por 1 semana, y luego se usaron medias, por un total de 6 semanas.

Es adecuado asumir que, la compresión después de la escleroterapia maximiza la aposición de la pared venosa y el contacto con el esclerosante intraluminal, lo que permite una destrucción panendotelial y endosclerosis más efectiva. Los datos existentes sugieren que la compresión, después de la escleroterapia, mejora la desaparición clínica de venas superficiales, y reduce la pigmentación y los hematomas. La preponderancia de la evidencia sugiere que, la compresión se debe considerar una parte integral del manejo, después de la escleroterapia. Sin embargo, a pesar de varias declaraciones de consenso, no se puede llegar a ninguna conclusión sobre la base de datos actuales, en cuanto al mejor método, dosis o duración de la compresión, que logre

resultados óptimos, después de la escleroterapia.^{19,50-52} Un componente clave, en todos los estudios que analizan el tratamiento de compresión para la enfermedad venosa, es el tema del cumplimiento, y en la mayoría de los estudios, este resultado no se reporta. Se necesitan ECA bien diseñados para dar información definitiva.

El impacto de la compresión sobre la eficacia de la escleroterapia con espuma queda por determinar, ya que esto es sólo una de las variables de confusión que afectan los resultados.



La evidencia de las recomendaciones de compresión es incompleta, pero el estándar de cuidado y práctica médica actual de quienes tratan las venas varicosas es recomendar y realizar alguna forma de compresión.

4. COMPRESIÓN DESPUÉS DE TRATAMIENTO DE VENAS SUPERFICIALES EN PACIENTES CON ÚLCERAS VENOSAS EN LA PIERNA

Lineamiento 4.1: Compresión después de tratamiento de vena superficial en pacientes con úlcera venosa en la pierna

En un paciente con úlcera venosa en la pierna, recomendamos terapia de compresión sobre no terapia de compresión, para aumentar la tasa de curación de la úlcera venosa en la pierna y disminuir el riesgo de recurrencia de úlcera. [GRADO – 1; NIVEL DE PRUEBA – B]

Lineamiento 4.2: Compresión después de tratamiento de vena superficial en pacientes con úlcera mixta arterial y venosa en la pierna

En un paciente con una úlcera venosa en la pierna y enfermedad arterial subyacente, sugerimos limitar el uso de compresión a pacientes con índice tobillo-brazo que exceda 0.5 o si la presión absoluta del tobillo es >60 mm HG [GRADO – 2; NIVEL DE PRUEBA – C]

Se identificaron un total de siete publicaciones relevantes 57-63, de las cuales una era una revisión sistemática 58, una era un lineamiento publicado por la AVF y la SVS, 57 y cinco eran estudios observacionales no aleatorizados 59-63. Los lineamientos de la AVF/SVS se publicaron en 2014 y utilizaron la misma metodología del informe actual. No pudimos identificar los estudios adicionales, que se publicaron posteriormente a ese informe y que tienen suficiente información, para considerar la modificación de los lineamientos de la AVF/SVS.

El manejo de pacientes con úlceras venosas es, a menudo complejo y lento, y utiliza una variedad

de modalidades, que incluye procedimientos quirúrgicos. Una gran cantidad de tiempo, esfuerzo y gastos se destinan a la curación de estas lesiones. Se asocia una variedad de factores etiológicos al desarrollo de estas úlceras, y varios de estos factores persisten, después de que se termina el tratamiento. Se debe dirigir atención hacia la modificación de estos factores, cuando sea posible, y la neutralización y aumento de la presión venosa de las piernas es un objetivo común en estos pacientes.

La terapia de compresión adecuada, con el uso de vendajes cortos elásticos, vendajes multicapa, botas de Unna y varias formas de compresión neumática es la piedra angular para corregir la presión venosa elevada de la extremidad inferior, en pacientes con úlceras en la extremidad. Una vez que se ha logrado la curación de la úlcera, se vuelve menos factible continuar este tipo de modalidades de compresión, durante la vida cotidiana de los pacientes. Como resultado, se prescriben medias elásticas para estos pacientes, una vez las úlceras hayan cicatrizado, independientemente del proceso fisiopatológico subyacente, que inicialmente condujo al desarrollo de la úlcera.

Se deben considerar dos aspectos importantes, que pueden determinar el éxito de la prevención de la recurrencia de la úlcera mediante compresión. El primero de ellos es la capacidad técnica del paciente de realmente ponerse y quitarse las medias correctamente. Esto puede ser difícil, debido al tamaño, fuerza o condiciones artríticas del paciente, que pueden hacer que el uso o manipulación de las medias pesadas no sea práctica. El segundo factor es la extensión del aumento de la presión venosa y el edema resultante en la pierna. Esto es particularmente cierto, para pacientes con obesidad mórbida y en quienes la presión venosa de la pierna es muy alta, debido al aumento de la presión intra abdominal, de gran circunferencia abdominal. Este aumento de presión sobrecargará cualquier producto elástico y provocará un edema, y alto riesgo de ulceración recurrente. Las ayudas para ponerse y quitarse las medias, con frecuencia, son incómodas y las técnicas requeridas pueden ser difíciles de dominar.

Los dispositivos de compresión con velcro son una alternativa a las medias elásticas, porque su naturaleza inelástica produce mayor compresión, durante la deambulacion, lo que a su vez reduce la estasis y los edemas venosos. La naturaleza ajustable de estos dispositivos permite apretarse, a medida que disminuye el volumen de la pierna, y aflojarse, cuando hay molestia. Finalmente, estos dispositivos son fáciles de aplicar y quitar, incluso en pacientes con limitaciones físicas 53,64-67.

Se han publicado múltiples estudios abordando los diferentes aspectos de la terapia de compresión, en pacientes con úlceras venosas abiertas y cerradas. La evidencia actual soporta el uso de la compresión, para la cicatrización de la úlcera 57,58. Ninguna de las publicaciones, hasta la fecha, abordan específicamente el papel y la efectividad de la compresión, después del tratamiento de venas superficiales, en pacientes con úlceras venosas. En ausencia de esos datos, es razonable y seguro seguir las recomendaciones, para toda la población de pacientes con úlceras venosas, es decir, que se debe recomendar terapia de compresión, para aumentar la tasa de curación de úlceras venosas en la pierna y disminuir las tasas de recurrencia.

Las úlceras en las piernas, con frecuencia, tienen una etiología mixta. Una importante comorbilidad etiológica, que es relevante para la terapia de compresión, es la arteriopatía periférica, que puede coexistir, en hasta el 25% de los pacientes con úlceras venosas. 59-62 El uso de compresión, en pacientes con perfusión arterial significativamente comprometida de la extremidad, se considera inseguro. Los datos que respaldan el uso de compresión modificada con presión de compresión reducida, para la curación de úlceras mixtas, se limitan a unos pocos estudios pequeños. 57,62,63

Por lo tanto, la práctica preferida es limitar el uso de compresión a pacientes con índice tobillo-brazo superior a 0,5 o si la presión absoluta del tobillo es >60 mm Hg.

Después de revisar estos datos, encontramos que la literatura publicada ofrece un bajo nivel de evidencia. Más estudios con datos de nivel 1, con conjuntos de datos más grandes, son claramente necesarios. Además, las bases de datos nacionales, que se están desarrollando, pueden agregar posibilidades futuras, para abordar algunos de estos problemas. Gran parte de la literatura no incluye evaluaciones de la calidad de vida, centradas en el paciente



de estas intervenciones, cuando, en verdad, estos procesos de la enfermedad afectan directamente la calidad de vida. Estas limitaciones ofrecen oportunidades para futuras investigaciones, para ayudar a enfocar los lineamientos futuros.

Referencias

1. Shami SK, Cheatle TR. Conventional sclerotherapy versus surgery for varicose veins. In: Shami SK, Cheatle TR, editors. *Fegan's compression sclerotherapy for varicose veins*. London: Springer-Verlag; 2003.
2. Guyatt G, Gutterman D, Baumann MH, Addrizzo-Harris D, Hylek EM, Phillips B, et al. Grading strength of recommendations and quality of evidence in clinical guidelines: report from an American College of Chest Physicians task force. *Chest* 2006;129:174-81.
3. Murad MH, Montori VM, Sidawy AN, Ascher E, Meissner MH, Chaikof EL, et al. Guideline methodology of the Society for Vascular Surgery including the experience with the GRADE framework. *J Vasc Surg* 2011;53:1375-80.
4. Flour M, Clark M, Partsch H, Mosti G, Uhl JF, Chauveau M, et al. Dogmas and controversies in compression therapy: report of an International Compression Club (ICC) meeting, Brussels, May 2011. *Int Wound J* 2013;10:516-26.
5. Kalodiki E. Use of intermittent pneumatic compression in the treatment of venous ulcers. *Future Cardio* 2007;3:185-91.
6. Partsch H, Clark M, Mosti G, Steinlechner E, Schuren J, Abel M, et al. Classification of compression bandages: practical aspects. *Dermatol Surg* 2008;34:600-9.
7. Moffatt C. Variability of pressure provided by sustained compression. *Int Wound J* 2008;5:259-65.
8. Blazek C, Amsler F, Blaettler W, Keo HH, Baumgartner I, Willenberg T. Compression hosiery for occupational leg symptoms and leg volume: a randomized crossover trial in a cohort of hairdressers. *Phlebology* 2013;28:239-47.
9. Hagan MĴ, Lambert SM. A randomised crossover study of lowankle-pressure graduated compression tights in reducing flight-induced ankle oedema. *Med J Aust* 2008;188:81-4.
10. Beidler SK, Douillet CD, Berndt DF, Keagy BA, Rich PB, Marston WA. Inflammatory cytokine levels in chronic venous insufficiency ulcer tissue before and after compression therapy. *J Vasc Surg* 2009;49:1013-20.
11. Staubesand J, Seydewitz V. An ultrastructural study of sclerosed varices. *Phlebologie* 1991;44:16.
12. Lugli M, Cogo A, Guerzoni S, Petti A, Maleti O. Effects of eccentric compression by a crossed-tape technique after endovenous laser ablation of the great saphenous vein: a randomized study. *Phlebology* 2009;24:151-6.
13. Mosti G, Mattaliano V, Arleo S, Partsch H. Thigh compression after great saphenous surgery is more effective with high pressure. *Int Angiol* 2009;28:274-80.
14. Ferrara F, Ferrera G. Sclerotherapy in the patient with diabetes: indications and results. *Phlebology* 2012;19:193-8.
15. Ragg J. Film compression bandage: a new modality to improve sclerotherapy of superficial varicosities. *Veins Lymphat* 2017;6:6635-6.
16. Barnaby J, Azzam M, Choe E, Ash S, Kalodiki E, Lattimer CR. The effect of tangential skin compression with adhesive tape in reducing the size of bulging varicose veins [Abstract]. *Surgical Academic Research Society*; Nottingham, UK; January 10-11, 2018.
17. Ricci S, Moro L, Trillo L, Incalzi RA. Foot-sparing postoperative compression bandage: a possible alternative to the traditional bandage. *Phlebology* 2013;28:47-50.
18. Uhl JF, Benigni JP, Chahim M, Frédéric D. Prospective randomized controlled study of patient compliance in using a compression stocking: importance of recommendations 26 Lurie et al *Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders* January 2019 of the practitioner as a factor for better compliance. *Phlebology* 2018;33:36-43.
19. El-Sheikha J, Carradice D, Nandhra S, Leung C, Smith GE, Campbell B, Chetter IC. Systematic review of compression following treatment for varicose veins. *Br J Surg* 2015;102: 719-25.
20. Wittens C, Davies AH, Baekgaard N, Broholm R, Cavezzi A, Chastanet S. Editor's choicedmanagement of chronic venous disease: clinical practice guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2015;49:678-737.
21. *Varicose veins in the legs: the diagnosis and management of varicose veins*. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2013.
22. Krasznai AG, Sigterman TA, Troquay S, HoutermansAuckel JP, Snoeijis M, Rensma HG, et al. A randomised controlled trial comparing compression therapy after radiofrequency ablation for primary great saphenous vein incompetence. *Phlebology* 2016;31:118-24.
23. Bond R, Whyman MR, Wilkins DC, Walker AJ, Ashley S. A randomised trial of different compression dressings following varicose vein surgery. *Phlebology* 1999;14:9-11.
24. Elderman JH, Krasznai AG, Voogd AC, Hulsewé KW, Sikkink CJ. Role of compression stockings after endovenous laser therapy for primary varicosis. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord* 2014;2:289-96.
25. Reich-Schupke S, Feldhaus F, Altmeyer P, Mumme A, Stücker M. Efficacy and comfort of medical compression stockings with low and moderate pressure six weeks after vein surgery. *Phlebology* 2014;29:358-66.
26. Houtermans-Auckel JP, van Rossum E, Teijink JA, Dahlmans AA, Eussen EF, Nicolai SP, et al. To wear or not to wear compression stockings after varicose vein stripping: a randomised controlled trial. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2009;38:387-91.
27. Bakker NA, Schieven LW, Bruins RM, van den Berg M, Hissink RJ. Compression stockings after endovenous laser ablation of the great saphenous vein: a prospective randomized controlled trial. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2013;46:588-92.
28. Benigni JP, Allaert FA, Desoutter P, Cohen-Solal G, Stalnikiewicz X. The efficiency of pain control using a thigh pad under the elastic stocking in patients following venous stripping: results of a case-control study. *Perspect Vasc Surg Endovasc Ther* 2011;23:238-43.
29. Biswas S, Clark A, Shields DA. Randomised clinical trial of the duration of compression therapy after varicose vein surgery. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2007;33:631-7.
30. Schanzer H. Endovenous ablation plus microphlebectomy/ sclerotherapy for the treatment of varicose veins: single or two-stage procedure? *Vasc Endovascular Surg* 2010;44:545-9.
31. Altin FH, Aydin S, Erkoc K, Gunes T, Eygi B, Kutas BH. Endovenous laser ablation for saphenous vein insufficiency: short and mid-term results of 230 procedures. *Vascular* 2015;23:3-8.
32. Obi AT, Reames BN, Rook TĴ, Mouch SO, Zarinsefat A, Stabler C, et al. Outcomes associated with ablation compared to combined ablation and transilluminated powered phlebectomy in the treatment of



venous varicosities. *Phlebology* 2016;31:618-24.

33. Fraser IA, Perry EP, Hatton M, Watkin DF. Prolonged bandaging is not required following sclerotherapy of varicose veins. *Br J Surg* 1985;72:488-90.

34. Weiss RA, Sadick NS, Goldman MP, Weiss MA. Post-sclerotherapy compression: controlled comparative study of duration of compression and its effects on clinical outcome. *Dermatol Surg* 1999;25:105-8.

35. Nootheti PK, Cadag KM, Magpantay A, Goldman MP. Efficacy of graduated compression stockings for an additional 3 weeks after sclerotherapy treatment of reticular and telangiectatic leg veins. *Dermatol Surg* 2009;35:53-7; discussion: 57.

36. Obi EE, Lakhani BK, Burns J, Sampath R. Optic nerve sheath fenestration for idiopathic intracranial hypertension: a seven year review of visual outcomes in a tertiary centre. *Clin Neurol Neurosurg* 2015;137:94-101.

37. Hamel-Desnos CM, Guias BJ, Desnos PR, Mesgard A. Foam sclerotherapy of the saphenous veins: randomised controlled trial with or without compression. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2010;39:500-7. 38. Mann MW. Sclerotherapy: it is back and better. *Clin Plast Surg* 2011;38:475-87,vii.

39. Johnson S. Compression hosiery in the prevention and treatment of venous leg ulcers. *J Tissue Viability* 2002;12:67, 70, 72-4.

40. Tisi PV, Beverley C, Rees A. Injection sclerotherapy for varicose veins. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;4:CD001732.

41. Tazelaar DJ, Neumann HA, De Roos KP. Long cotton wool rolls as compression enhancers in macrosclerotherapy for varicose veins. *Dermatol Surg* 1999;25:38-40.

42. O'Hare J, Stephens J, Parkin D, Earnshaw J. Randomized clinical trial of different bandage regimens after foam sclerotherapy for varicose veins. *Br J Surg* 1980;67:122-4.

43. Raj TB, Goddard M, Makin GS. How long do compression bandages maintain their pressure during ambulatory treatment of varicose veins? *Br J Surg* 1980;67:122-4.

44. Kern P, Ramelet AA, Wütschert R, Hayoz D. Compression after sclerotherapy for telangiectasias and reticular leg veins: a randomized controlled study. *J Vasc Surg* 2007;45:1212-6.

45. Scurr JH, Coleridge-Smith P, Cutting P. Varicose veins: optimum compression following sclerotherapy. *Ann R Coll Surg Engl* 1985;67:109-11.

46. Shouler PJ, Runchman PC. Varicose veins: optimum compression after surgery and sclerotherapy. *Ann R Coll Surg Engl* 1989;71:402-4.

47. Fentem PH, Goddard M, Gooden BA, Yeung CK. Control of distension of varicose veins achieved by leg bandages, as used after injection sclerotherapy. *Br Med J* 1976;2:725-7.

48. Lattimer CR, Azzam M, Kalodiki E, Geroulakos G. Hemodynamic changes at the saphenofemoral junction during the application of a below-knee graduated compression stocking. *Dermatol Surg* 2012;38:1991-7.

49. Thomasset SC, Butt Z, Liptrot S, Fairbrother BJ, Makhdoomi KR. Ultrasound guided foam sclerotherapy: factors associated with outcomes and complications. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2010;40:389-92.

50. Weiss MA, Hsu JTS, Neuhaus I, Sadick NS, Duffy DM. Consensus for sclerotherapy. *Dermatol Surg* 2014;40:1309-18.

51. Khunger N, Sacchidanand S. Standard guidelines for care: sclerotherapy in dermatology. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2011;77:222-31.

52. Nicolaidis A, Kakkos S, Eklof B, Perrin M, Nelzen O, Neglen P, et al. Management of chronic venous disorders of the lower limbs guidelines according to scientific evidence. *Int Angiol* 2014;33:87-208.

53. Mosti G, Partsch H. Self-management by firm, non-elastic adjustable compression wrap device. *Veins Lymphat* 2017;6:7003.

54. Raj TB, Makin GS. A random controlled trial of two forms of compression bandaging in outpatient sclerotherapy of varicose veins. *J Surg Res* 1981;31:440-5.

55. Batch AJ, Wickremesinghe SS, Gannon ME, Dormandy JA. Randomised trial of bandaging after sclerotherapy for varicose veins. *Br Med J* 1980;281:423.

56. Moody A, Nicklin S, Wilcox A, Enabi L, Harris P. Prospectively randomised trial of 1 versus 6 weeks of compression after sclerotherapy for varicose veins. *Br J Surg* 1996;83:48. *Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders* Lurie et al 27 Volume 7, Number 1

57. O'Donnell TJ, Passman M. Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery (SVS) and the American Venous Forum (AVF) management of venous leg ulcers. Introduction. *J Vasc Surg* 2014;60(Suppl):1S-2S.

58. Ubbink DT, Santema TB, Stoekenbroek RM. Systemic wound care: a meta-review of Cochrane systematic reviews. *Surg Technol Int* 2014;24:99-111.

59. Nelzen O, Bergqvist D, Lindhagen A. Venous and non-venous leg ulcers: clinical history and appearance in a population study. *Br J Surg* 1994;81:182-7.

60. Korber A, Klode J, Al-Benna S, Wax C, Schadendorf D, Steinstraesser L. Etiology of chronic leg ulcers in 31,619 patients in Germany analyzed by an expert survey. *J Dtsch Dermatol Ges* 2011;9:116-21.

61. Andersson E, Hansson C, Swanbeck G. Leg and foot ulcer prevalence and investigation of the peripheral arterial and venous circulation in a randomised elderly population. An epidemiological survey and clinical investigation. *Acta Derm Venereol* 1993;73:57-61.

62. Callam MJ, Harper DR, Dale JJ, Ruckley CV. Chronic ulcer of the leg: clinical history. *Br Med J* 1987;294:1389-91.

63. Mayrovitz HN, Macdonald JM. Medical compression: effects on pulsatile leg blood flow. *Int Angiol* 2010;29:436-41.

64. Damstra RJ, Partsch H. Prospective, randomized, controlled trial comparing the effectiveness of adjustable compression Velcro wraps versus inelastic multicomponent compression bandages in the initial treatment of leg lymphedema. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord* 2013;1:13-9.

65. Partsch H, Mosti G. Sport socks do not enhance calf muscle pump function but inelastic wraps do. *Int Angiol* 2014;33:511-7.

66. Caprini J. Velcro compression devices. *Veins Lymphat* 2017;6: 6624.

67. Arkans E. Intelli-press wrap. XVIII World Congress of Phlebology; Melbourne, Australia; February 4-8, 2018.

Variton®

DIOSMINA/HESPERIDINA

Fracción Flavonoica Purificada y Micronizada (FFPM)

Con un buen
TONO hay un buen
RETORNO



Eficaz en Insuficiencia Venosa y Hemorroides¹

Venotónico¹
(Diosmina)

Venoprotector¹
(Hesperidina)

Guías
EVEC
ALTO GRADO DE
RECOMENDACIÓN²
Nivel **A**

En mejoría de **síntomas**
y **calidad de vida:**²

- Sensación de edema
- Piernas pesadas
- Incomodidad Funcional
- Cambios en la piel

1 Toma diaria
de **2** tabletas¹

20
Tabletas



60
Tabletas



HORMONA
LABORATORIOS

Referencias: 1. IPP Variton 2. P. Balas, A. Nicolaidis. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. International Angiology, Vol. 37 Jun 2018

Aviso de publicidad: 213300202C2955



13 REUNIÓN ANUAL CONJUNTA DE PROGRAMAS UNIVERSITARIOS EN TÓPICOS VASCULARES Y ENDOVASCULARES

Del 2 al 4 de septiembre del 2021 se llevó a cabo la reunión anual conjunta de programas universitarios en tópicos vasculares y endovasculares, como cada año gracias al liderazgo del actual presidente de la SMACVE, el Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril, en esta ocasión se logró contar con un aproximado de 95 asistentes, donde se contó con la presencia de las escuelas de angiología, cirugía vascular y endovascular de nueva creación como son:

Hospital Regional de Tacuba, Hospital Regional “Gral. Ignacio Zaragoza”, Hospital Regional de Morelia, y la visita del hospital Santo Tomás de Panamá.

Esta reunión académica dirigida a residentes de los programas de angiología y cirugía vascular de México, reconocidos por el Consejo Mexicano de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular, A.C. los residentes tienen un foro para presentar un tema realizando, una revisión de la literatura, aquellos que cuentan con la experiencia del tópico en su centro lo compartieron en el foro. Se fomentó el debate por la controversia de las diferentes técnicas endovasculares disponibles en la actualidad.





Como cada año un elemento valioso del programa, lo constituyeron los talleres de entrenamiento con simuladores donde los residentes interactuaron con profesores de las diversas escuelas donde aclararon dudas, y desarrollaron habilidades en las diferentes técnicas endovasculares, catéteres, dispositivos y otros elementos del laboratorio vascular, como es costumbre contamos con la presencia de un profesor distinguido y en esta ocasión el Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz nos honró con su presencia e impartiendo la conferencia magistral “Investigación e innovación quirúrgica”

El Consejo Mexicano de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular, A.C., así como la Sociedad Mexicana de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular, A.C., participaron activamente en esta reunión; tuvimos en esta ocasión con la presencia del Dr. Luis Fernando Flota Cervera quien impartió la conferencia CMACVE acerca de la certificación del Consejo Mexicano de Angiología, Cirugía vascular y Endovascular A.C.





CASO CLÍNICO: DR. CARLOS NAZARIO MIRANDA

GLOMUS CAROTÍDEO; REPORTE DE CASO TRATADO DE MANERA EXITOSA EN METEPEC ESTADO DE MÉXICO

Autor: Dr. Carlos Nazario Miranda

El glomus carotideo se presenta regularmente como masas indoloras con crecimiento gradual, ubicadas en la parte superior del cuello, en el cuerpo carotideo, debajo del angulo de la mandibula (1-2).

En estados avanzados el glomus carotideo resultado de la presion ejercida por su crecimiento puede ocasionar disfagia, ronquera o síndrome de horner y el déficit neurológico de los pares craneales VII, IX, X, XI, y XII, (3-4), motivo por el cual el tratamiento de elección es quirúrgico para evitar dichas complicaciones.

A la exploracion física se puede encontrar una masa esponjosa no dolorosa en la cara lateral de cuello, con movimiento más libremente en el plano horizontal que en el vertical (signo de fontaine positivo). (4), a su vez, puede haber un soplo carotideo y el tumor puede ser pulsatil.

Presentamos un caso de glomus carotideo realizada en el HGR 251 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Metepec Estado de México.

Se trata de Paciente femenino de 49 años de edad originaria de Toluca, Estado de México, sin antecedentes crónicodegenerativos, niega tabaquismo con presencia de nódulo tiroideo izquierdo sin necesidad de tratamiento, con función tiroidea normal.

ncia su padecimiento 7 meses previo a valoración con identificación de masa en hemicuello izquierdo manejada como pb nódulo tiroideo, se realizó ultrasonido doppler, el cual reportó tumor de 33x11x12 mm a nivel de bifurcación carotidea izquierda, por lo que se realizó protocolo de estudio con angiotomografía (imagen 1) la cual reportó: imagen ovoide de contornos definidos a nivel de bulbo carotideo que desplaza la carotida interna y externa con medidas de 3 cm cefalocaudal, axial anteroposterior 2.3 y axial transverso 1.7 cm.

Es enviada a consulta externa de nuestro servicio, en donde clínicamente encontramos tumor de aproximadamente 2 cm con desplazamiento horizontal y reducción de volumen del tumor a la compresión (signo de Fontaine y chevassu positivo respectivamente), se revisa angiotomografía, se clasifica como shamblin II, siendo programada para resección quirúrgica, la cual se realizó bajo anestesia general, con abordaje de en borde anterior deestenoideidomastoide aproximadamente 5 cm disecando por plano hasta plano vascular identificando tumor de 2.5x1.5 cm (imagen2) se realiza control vascular en carótida común, interna y externa con vessel loop, así como, referencia de nervio hipogloso, se disecciona tumor en plano periadventicial con pinza ángulo punta y con apoyo de electrocauterio bipolar, se extrajo pieza y se corroboró hemostasia y pulso en porción más distal de carótida interna, terminando procedimiento sin complicaciones.

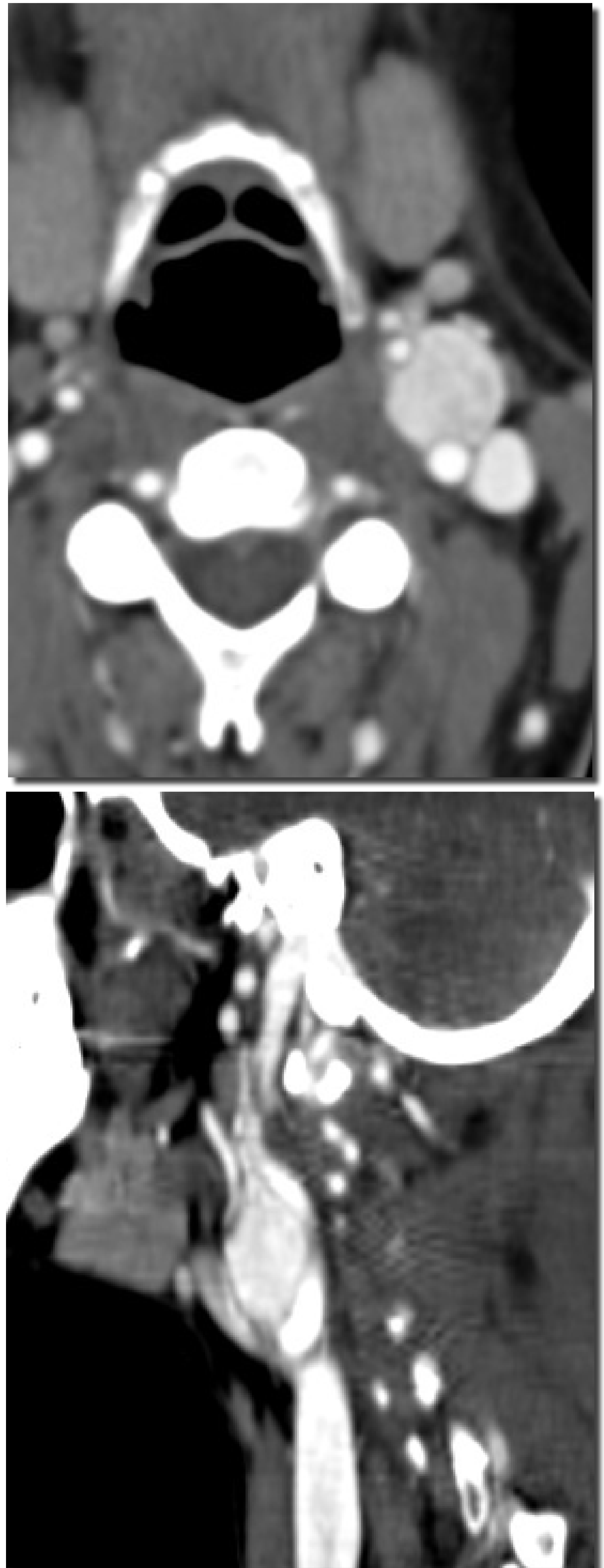


Imagen 1. Corte axial y longitudinal de angiotomografía de troncos supraorticicos.

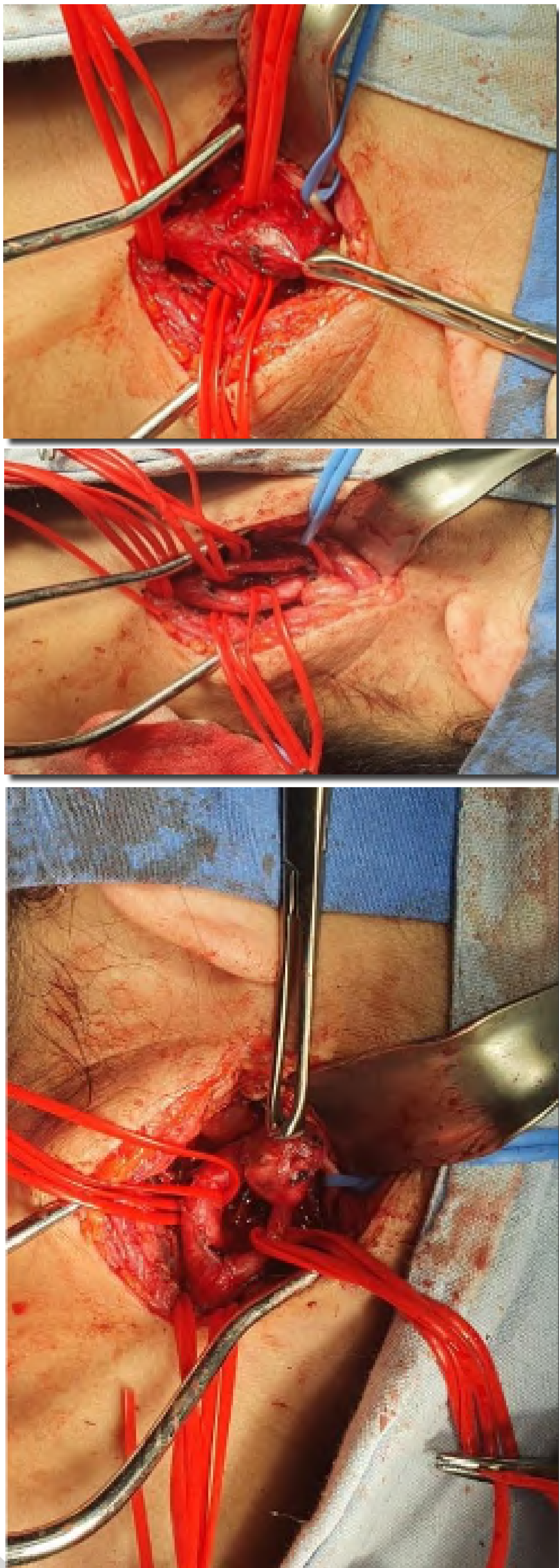


Imagen 2. Resección quirúrgica de glomus carotideo.

La paciente fue extubada en el postquirúrgico inmediato sin datos de focalización ni deterioro neurológico, se mantuvo hospitalizada durante 72 hrs y es egresada por estabilidad clínica. Se valora al mes y 4 meses posterior con adecuada cicatrización, con resultado de patología, corroborando el glomus carotideo negativo para malignidad, sin secuela de lesión neurológica sin datos de recurrencia.

En general el glomus carotideo representa menos del 1% de los tumores de cabeza y cuello.(1) La presencia de glomus carotideo es más frecuente en mujeres que en hombres de un promedio de 55 años de edad, 8 como lo es en nuestro caso clínico. El ultrasonido doppler es el mejor método de estudio diagnóstico, sin embargo, es necesario la realización de estudios contrastados como angiotomografía y resonancia magnética para planeación quirúrgica, siendo este último el tratamiento de elección.

El ictus y lesión de pares craneales es una complicación de este procedimiento, en el 35% de los casos con un mortalidad de 1%. (8) por lo que, no deja de ser un procedimiento con importantes complicaciones, en el caso de esta paciente no se presentó complicaciones en el postoperatorio inmediato ni en seguimientos posterior. Hasta el momento sin datos de recurrencia que aproximadamente es de un 4.2% de acuerdo a lo reportado en la literatura.(8) por lo que, es importante el seguimiento en estos pacientes.

Con el presente caso podemos concluir que el glomus carotideo es una patología presente en nuestro ejercicio de la profesión, por lo que es de suma importancia su identificación y adecuado manejo para evitar complicaciones graves.

Bibliografía

1. Sajid MS, Hamilton G, Baker DM, Joint Vascular Research Group multicenter review of carotid body tumour management. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2007;34(2):127. Epub 2007 A
2. Pellitteri PK, Rinaldo A, Myssiorek D, Gary Jackson Paragangliomas of the head and neck. *Oral Oncol.* 2004;40(6):56
3. Patetsios P, Gable DR, Garrett WV, Lamont JP, Kuhn Management of carotid body paragangliomas and review of a 30-year experience. *Ann Vasc Surg.* 2002 May;16(3):331-8. Epub 2002 Apr 18
4. Boedeker CC, Ridder GJ, Schipper J Paragangliomas of the head and neck: diagnosis and treatment *Fam Cancer.* 2005;4(1):55.
5. M.S.Sajid et al. A Multicenter Review of Carótida Body Tumour Management. *Eur J Vasc Endovasc Surg*34, 127e130 (2007).



CASO CLÍNICO: DRA. PERLA JANETH OCAMPO NORIS

BYPASS DE ARTERIA Y VENA POPLÍTEA EN PACIENTE CON LUXACIÓN DE RODILLA

Autora: Perla Janeth de Ocampos Noris.

Angióloga adscrita al Hospital General Regional 220 IMSS, Toluca, Estado de México.

Femenino de 42 años, sin antecedentes familiares ni personales patológicos de importancia. Inicia su padecimiento actual 1 mes previo con historia de caída de su propia altura, seguida de hiper - extensión de extremidad inferior derecha. Secundario a lo cual presenta ruptura de ligamentos cruzados de la misma rodilla, así como trombosis tanto de arteria como de vena poplítea, secundaria a elongamiento de las mismas. Es atendida en medio particular, en donde realizan una trombólisis fármaco - mecánica de arteria y vena (se desconoce las especificaciones o la cantidad de fármaco fibrinolítico utilizado, tampoco pudimos obtener las imágenes de este procedimiento), sin seguimiento, al igual que colocación de fijadores externos por parte de traumatología (Imag 1).



Acude a ser valorada al servicio de urgencias de nuestra unidad, 48 horas posterior al procedimiento en medio privado, por dolor e hipotermia del miembro pélvico afectado.

A la exploración física se encuentra frialdad y palidez del MPD de rodilla hacia distal, con presencia de pulso femoral 3/3, poplítea a distales ausentes. A la exploración con el ultrasonido Doppler lineal se encuentran flujos monofásicos tibiales y pedio. Se solicita angiogramía de aorta y miembros pélvicos, donde se observa ausencia de paso del medio del contraste desde la 2da porción de la arteria poplítea, con recanalización a nivel de tibiales y peronea.

En fase venosa se observa igualmente ausencia de medio de contraste a nivel de la vena poplítea con presencia del mismo en una fase avanzada a nivel del tercio distal de la vena femoral derecha.



Se decide programar para revascularización, se realiza derivación femoropoplítea con vena safena reversa contralateral por abordaje posterior. Se decide este abordaje tomando en cuenta la cantidad de tiempo que había pasado de la lesión, así como la comodidad del mismo, debido a la presencia de los fijadores externos por parte de Ortopedia. Al final de la cirugía se logran recuperar pulsos tibial anterior, tibial posterior y pedio 3/3. Y en el seguimiento por la consulta externa paciente estable y se envía a valoración por parte de Rehabilitación.





3ER ANGIO SUMMIT VIRTUAL TEVA 2021 "VISIÓN IBEROAMERICANA DE LA CIRUGÍA VASCULAR: RETOS Y SOLUCIONES COMPARTIDAS"

El pasado 7 y 8 de septiembre 2021 se llevó a cabo dicho evento, el cual fue coordinado por el Dr. Gerardo Estrada Guerrero (Director del Programa Académico de la SMACVE) y el Dr. Álvaro Gómez (Gerente Médico de TEVA) y Roberto Romo (Gerente de Producto).

Se contó con la participación de ponentes nacionales: Dra. Davinia Sámano, Dra. Rebeca Reachi, Dra. Nora Sánchez, Dra. Vanessa Rubio y Dr. Carlos Hinojosa y, ponentes internacionales: Dr. Rodrigo Rial (España), Dr. Jorge Ulloa (Colombia), Dr. Xavi Martí (España), Dr. César Carmelino (Perú), Dr. Juan Esteban (Argentina)

El Angio Summit fue transmitido vía digital por medio del portal Academia TEVA, los asistentes tuvieron la oportunidad de contar con sesiones muy interesantes relacionadas a la patología venosa, impartidas por médicos angiólogos de países como España, Colombia, Perú y Argentina, así como 5 ponentes líderes de opinión en México abordando diversos tópicos de interés para la comunidad médica. Este evento contó con valor curricular para la renovación de la certificación de los socios activos, reconocido por el Consejo Mexicano de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular.





SMACVE UNE

El día 4 de agosto del 2021, la Sociedad Mexicana de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular, A. C. llevó a cabo su segunda sesión de SMACVE UNE de forma virtual, en este espacio pudimos conversar con nuestro invitado especial, el Dr. Carlos Sánchez Fabela, angiólogo y cirujano vascular, miembro de la SMACVE desde 1964 hasta la fecha, formador de incontables generaciones de cirujanos, Presidente de nuestra sociedad en el periodo comprendido de 1977 a 1978, editor y director de la Revista Mexicana de Angiología de 1991 a 2018, entre muchos otros cargos más.

A lo largo de esta entrevista el Dr. Sánchez Fabela, nos platicó acerca de sus experiencias durante su época de estudiante, siendo partícipe de los movimientos de protesta del personal médico en el año de 1965. Como residente de angiología nos compartió diferentes anécdotas vividas dentro del Hospital General del Centro Médico Nacional, IMSS (1963-1967).

Posteriormente como médico adscrito del mismo hospital fue muy querido por sus alumnos de pregrado de la UNAM y del IPN, así como muy admirado por sus residentes por ser un excelente maestro y amigo (Figura 1).

En este evento contamos con la valiosa participación de la Dra. Romina Álvarez Árcate y del Dr. Carlos E. Velasco Ortega, como representantes de distintas generaciones de angiólogos y cirujanos vasculares, quienes formaron parte del panel de entrevistadores y de la Dra. Lizeth Luna Vargas como coordinadora de la sesión.

Asímismo, la audiencia envió palabras de felicitación y agradecimiento al Dr. Sánchez Fabela, desde familiares, amigos, colegas hasta exalumnos.

Sin duda un tiempo valioso, conversando con un maestro de la angiología y cirugía vascular en México. De igual forma extendemos la invitación a todos los miembros de la SMACVE, para que sigan acompañándonos en próximas sesiones, las cuales se llevarán a cabo de forma presencial durante

el LIII Congreso Internacional Anual de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular en el Hotel Sheraton María Isabel de la Ciudad de México y a su vez serán transmitidas de manera virtual, será un placer contar con su asistencia.



Venalot[®] Depot



CLIC AQUÍ

Dé clic aquí para visualizar
la IPP del producto



caja con **30 tabletas**

Reg. No. 81106 SSA IV

AHORA ES UN PRODUCTO



Eurofarma

Ampliando horizontes



CLIC AQUÍ

Conozca más de Eurofarma



COLABORACIÓN ENTRE LOS HOSPITALES ESCUELA ISSSTE HOSPITAL GENERAL REGIONAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS Y HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"

Con motivo de fortalecer los lazos de amistad entre las diferentes escuelas de formación de residentes en la especialidad de angiología y cirugía vascular y, a la vez compartir los conocimientos y experiencias adquiridas, el día 23 de septiembre del año en curso, la residencia de angiología y cirugía vascular del Hospital General de México coordinada por el Dr. Miguel Ángel Sierra Juárez recibieron a la Dra. Nora Elena Sánchez Nicolat acompañada por residente en representación de la escuela de angiología del Hospital Adolfo López Mateos, con la finalidad de actualizarle en el diagnóstico por ultrasonido doppler de la enfermedad venosa crónica y cómo realizar un correcto rastreo ultrasonográfico en estos pacientes.

Durante su visita los residentes de los diferentes niveles académicos tuvieron la oportunidad de compartir con la Dra. Nora Elena Sánchez Nicolat y de manera muy atenta escuchar las magistrales explicaciones sobre la realización del rastreo doppler venoso de extremidad inferior en varios pacientes seleccionados para la ocasión, además los residentes preguntaron y aclararon dudas en lo correspondiente a la realización de este examen. Se realizó también una demostración de ablación láser de telangiectasia.

La residencia de angiología y cirugía vascular del Hospital General de México expresa su agradecimiento a la Dra. Nora Sánchez y a la residencia del Hospital Adolfo López Mateos por el intercambio, esperando seguir con lo mismo más adelante y que esto se realice con todas las instituciones dedicadas a la formación de estos futuros especialistas.





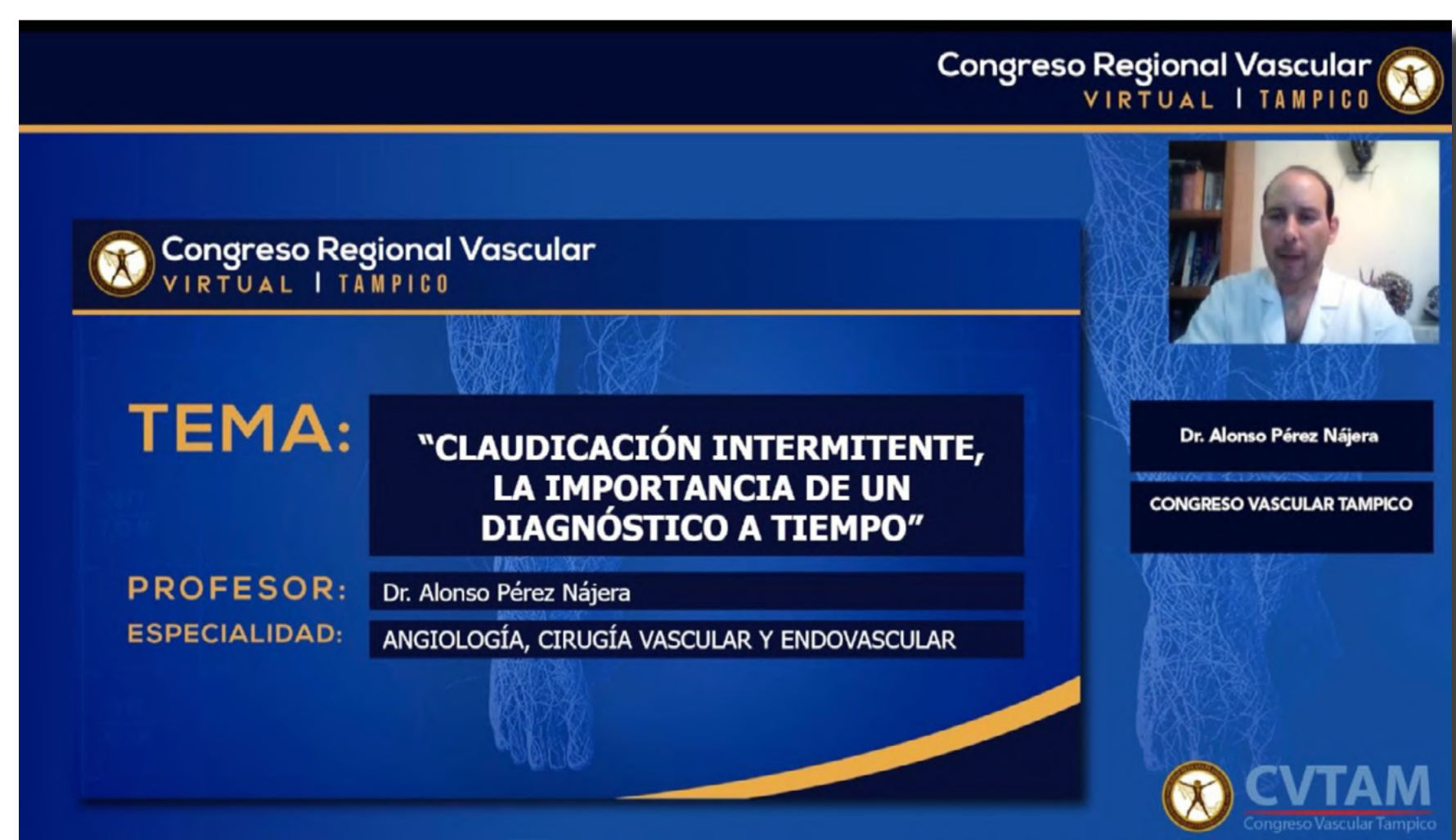
CVTAM 2021 REAFIRMA SU COMPROMISO COMO EL FORO REGIONAL DE MAYOR IMPACTO PARA LA DIFUSIÓN Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES VASCULARES EN TAMAULIPAS

Teniendo como marco de transmisión la bella ciudad de Tampico, Tamaulipas, se llevó a cabo el 8avo Curso de Enfermedades Vasculares de Tampico los días 24 y 25 de septiembre. Esta vez bajo la modalidad en línea y auspiciado por la SMACVE, con un extenso programa académico en conjunto con especialidades afines, logró convocar a profesionales de la salud quienes interactuaron de manera activa en cada una de las sesiones.



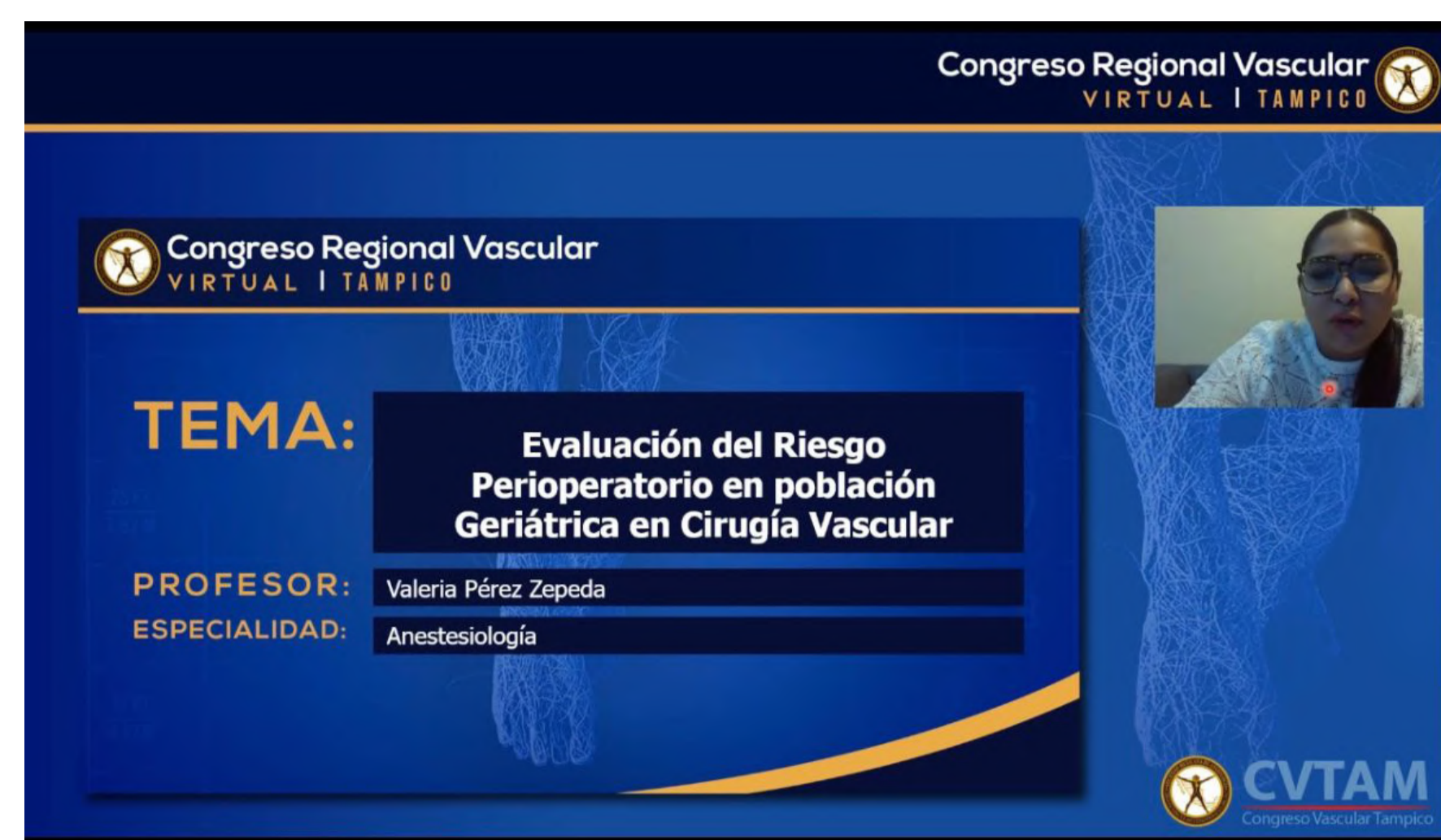
Se transmitió un caso editado desde la sala de hemodinamia de la Beneficencia Española de Tampico, un caso de revascularización de extremidad inferior realizado por el Dr. Gerardo Estrada Guerrero y el Dr. Alejandro Loera Barragán, con la finalidad de difundir los alcances de nuestra especialidad en salvamento de extremidades en aquellos pacientes que cursan con isquemia crítica a consecuencia de la diabetes.

Hoy en día CVTAM constituye el evento anual de mayor relevancia académica en padecimientos vasculares y pie diabético en Tamaulipas.

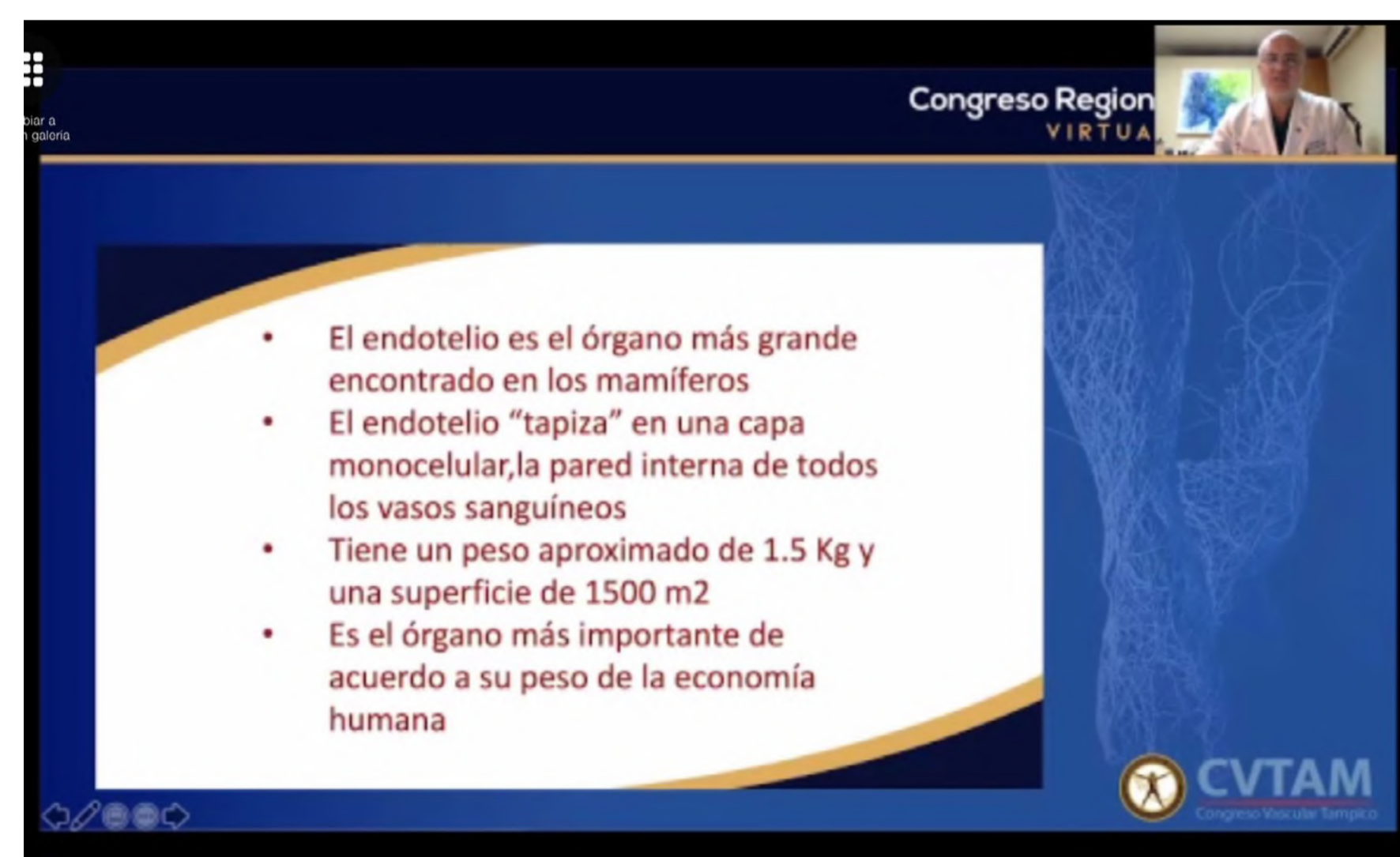


El Dr. J. Gerardo Estrada Guerrero, angiólogo y cirujano vascular, director del curso, comentó que las enfermedades vasculares y sus complicaciones ocupan actualmente los primeros lugares en las estadísticas de morbilidad y mortalidad en la población mexicana. Esta situación ha llevado al análisis, comprensión y a la preocupación de los especialistas y expertos para implementar medidas de prevención y tratamiento en los pacientes que así lo necesiten.

El programa académico fue realizado en conjunto con los colegios médicos de la región, logrando un curso científico de gran nivel, con un programa que estuvo conformado por sesiones



basadas en evidencia y discusión de casos clínicos, haciendo de CVTAM 2021 un foro de intercambio académico entre todos los asistentes logrando homologar opiniones y conocimiento con las exposiciones de los profesores nacionales y locales, en donde la práctica y la transmisión directa del conocimiento no tuvo límites para compartirse libremente.



CVTAM 2021 contó con sesiones basadas en evidencia, la transmisión de un caso editado desde la sala de hemodinamia de la Beneficencia Española de Tampico y un gran intercambio de experiencias académicas.

La atención y servicio de la industria farmacéutica y tecnológica fue excelente al ofertar y al prestar atención a todas las necesidades de los médicos, enfermeras y asistentes al evento.

El Dr. Gerardo Estrada Guerrero agradeció a todos los involucrados y comentó que se encuentran listos y con un gran compromiso para CVTAM2022.





REVISTA MEXICANA DE ANGIOLOGÍA



Órgano oficial de la
Sociedad Mexicana de Angiología
Cirugía Vascular y Endovascular, AC

Volumen 49, No. 3, Julio-Septiembre 2021

www.RMAngiologia.com

EDITORIAL

71 Mortalidad por aneurismas aórticos en México: necesidad de un registro nacional

Carlos A. Hinojosa, Erwin Chiquete y Luis O. Bobadilla-Rosado

ARTÍCULOS ORIGINALES

74 Mapeo ultrasonográfico preoperatorio para optimizar tiempo de maduración de fístulas arteriovenosas

Misael Silva-González, Wenceslao F. Mijangos, Verónica Carbajal-Robles, Enrique Santillán-Aguayo, Sandra Olivares-Cruz y Miguel Á. Sierra-Juárez

80 Mortalidad y comorbilidades perioperatorias en pacientes con amputaciones disvasculares

Francisco Regalado-Solís, Abraham Ziga-Martínez, Sandra Olivares-Cruz, Miguel A. Sierra-Juárez, Enrique Santillán-Aguayo, Wenceslao Fabián-Mijangos y Verónica Carbajal-Robles

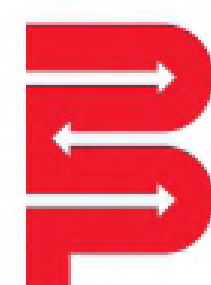
ARTÍCULOS DE REVISIÓN

88 Manejo perioperatorio de aneurismas de la arteria poplítea en paciente con isquemia aguda: revisión de la literatura

Selene Herrera-Martínez, Claudia E. Mojica-Rodríguez, César I. Díaz-Núñez, Óscar F. Cruz-Gómez y Felipe Girón-Pérez

93 Trombectomía quirúrgica en trombosis aórtica neonatal asociada a deshidratación hipernatémica

Selene Herrera-Martínez, Alejandro Celis-Jiménez, Ana B. Calderón-Alvarado y Vanessa Huerta-Álvarez



PERMANYER
www.permanyer.com



SMACVE EN HENDOLAT 2021

ENTREVISTA PROFESORES HENDOLAT 2021

Entrevistador: Dr. Jesús Emmanuel Arriaga Caballero

Dr. Miguel Montero-Baker

1.- Doctor, nos podría hacer referencia del por qué se denomina a todos los participantes como “La Familia Hendolat”

En relación a la “familia Hendolat” en los principios de ésta aventura, nació de identificación por un grupo de amigos y colegas de diferentes especialidades, que ya veníamos coincidiendo en eventos académicos en que existía una América Latina latiente, llena de capacidad científica y técnica, sin acceso o con acceso limitado a la educación desde niveles básicos hasta las terapias avanzadas enfocado en relación a terapias endovasculares.

El seno del proyecto se origina en un grupo interdisciplinario de colegas, pero primordialmente de amigos, existe una relación de equidad, amistad y respeto entre quien hoy por hoy llamamos los fundadores y varios habíamos tenido experiencias en eventos donde notábamos celo profesional, interés políticos o económico, varios elementos que fragmentaban la estructura respetuosa y de cariño que debería de reinar en un evento científico.

El llamarnos familia fue algo que surgió muy natural, ya que el objetivo fue, es y será siempre el compartir de una manera respetuosa opiniones que pueden ser diversas, que pueden ser incluso categóricamente contrarias, pero bajo el seno de un formato de respeto digno y de tolerancia. Eso es lo que es una familia, es un lugar donde uno puede mostrar sus vulnerabilidades sin sentir el rechazo de la vergüenza o de la negatividad y finalmente, creo que una familia está llena de empatía y entendimiento, que creo hemos podido infundir en éste proyecto.

Las familias nunca se acaban, se siguen perpetuando y creciendo, de la misma manera Hendolat está en un periodo de dicho crecimiento. De tal manera que, invitamos a todo el que quiera sumarse para nutrir a esta familia, para todos los jóvenes.



2.- Teniendo en cuenta la situación de la pandemia ¿Qué bondades les brindó el tener una modalidad virtual 100%?

En la fase prepandémica, Hendolat venía haciendo un esfuerzo por esa conversión a la comunidad digital y de redes sociales, pero hemos querido evolucionar, para no solo tener seguidores o “likes”, sino a entender a los usuarios y mejorar la experiencia, para poder sintonizarnos mejor, un ejemplo son los casos en vivo mensuales que nos han ayudado para determinar el perfil de nuestros seguidores. Buscando siempre una metamorfosis para llegar mejor a las nuevas generaciones y poder dar fortaleza a Hendolat.

La pandemia, lo que vino a hacer fue ratificar que los esfuerzos que traíamos de antes, no sólo ayudarían a la perpetuación y a la subsistencia de la marca, sino que, demostró que es una herramienta increíble de difusión en medio de un caos social.



3.- ¿Cuál módulo fue su favorito en esta ocasión y por qué?

Está difícil, la verdad es que todos los módulos me encantaron, en particular yo voy a darte mi opinión de dos módulos, uno que estuvo muy bonito fue el de pie diabético por que logramos colocar a una cantidad de profesores internacionales de muy alto nivel y logramos exponer temas novedosos y disruptivos, y lo hicimos de una manera muy fluida, a pesar de que, teníamos personas conectadas de diferentes zonas horarias, creo que científicamente fue el mejor bloque.

Para mí una sesión muy emocional fue la de complicaciones aórticas, en lo personal yo presenté un caso de uno de mis paciente que falleció y pues era algo que traía en un baúl de malas experiencias, que por ahí nos pesan siempre, sin duda no hay un foro semejante para poder expresar situaciones como éstas, teniendo en mente ésta familia y exponiendo mi vulnerabilidad, que en éste foro no se tomaría como un elemento de agresión hacia mi persona, sino que se toma como un elemento de unión y nos permite cementar una relación, por eso éste fue un foro perfecto, en la parte emocional fue el mejor bloque para mí.



Dr. José Antonio Muñoa Prado

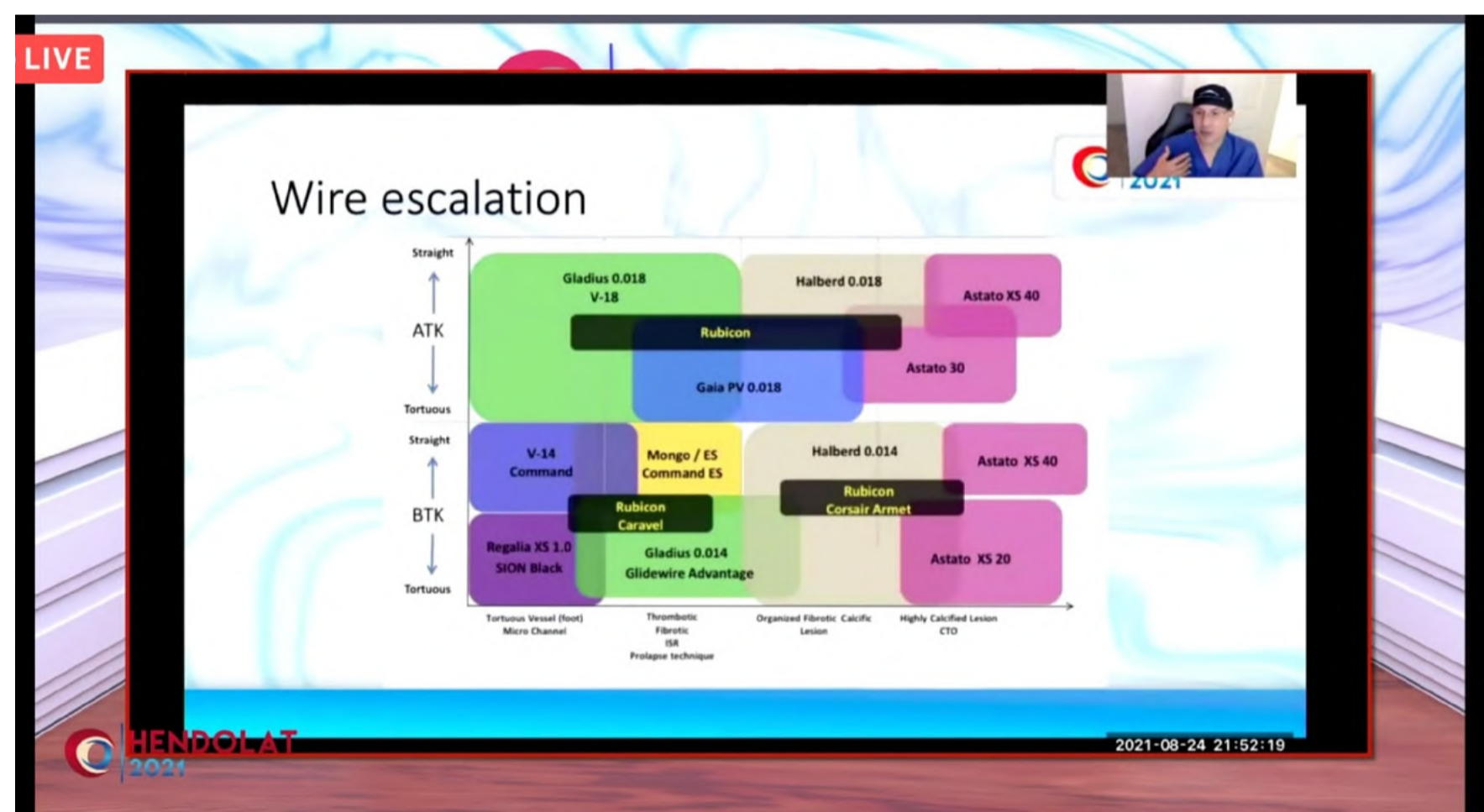
1.- Doctor, considerando la situación de la pandemia y siendo este su segundo evento virtual ¿Qué dificultades enfrentaron para lograr realizar este Hendolat 2021?

Realmente hemos realizado 3 congresos virtuales, el primero fue iHendolat y después Hendolat 2020 y recientemente Hendolat 2021.

Desde el 2019 trabajamos en modalidades virtuales, transmitíamos casos en vivo, y temas de discusión. Nuestra plataforma es propia y nuestro equipo de tecnologías lleva trabajando conmigo personalmente 10 años. Entienden bien nuestras ideas y las desarrollan extraordinariamente. Eso nos ha permitido entregar un congreso interesante desde varios ángulos.

La dificultad radica en marcar la diferencia con los demás eventos que se generaron masivamente y eso lo logramos con nuestras herramientas interactivas, el reconocimiento internacional de nuestros profesores invitados que logramos conjuntar. Otro reto es, convencer a nuestros socios comerciales a cerca de los beneficios de un congreso virtual. Eso lo hemos logrado teniendo una retroalimentación con nuestros socios comerciales después de cada evento. Por lo que hemos concretado acuerdos a largo plazo.

Un tercer reto fue esperar, no hacer muchos eventos magnos, ya que, consideramos que la facilidad de hacer un zoom o un facebook live provocó un excesivo número de eventos virtuales, muchos sin la calidad de contenidos ni de herramientas tecnológicas. A pesar de que nuestras tecnologías son propias no queremos la sobre exposición de los eventos magnos Hendolat. Es decir, preferimos calidad que cantidad.



2.- ¿Cómo considera que esta emergencia sanitaria ha cambiado la práctica en Latinoamérica para todos los especialistas en salud vascular?

La pandemia nos ha golpeado sin misericordia. Nuestras vidas cambiaron. Perdimos familiares y amigos. Nosotros como médicos y como especialistas en medicina vascular pudimos ver de primera mano los destrozos que hizo la pandemia a todos los sistemas de salud que existen en el mundo. En Latinoamérica desnudó nuestras debilidades. Hospitales saturados, falta de insumos, falta de recurso humano y de infraestructura, exceso de mortalidad que no es otra cosa más que la imposibilidad de tratarse médicamente otras enfermedades por la saturación hospitalaria. Aumento de amputaciones que genera más discapacitados.

Pero nos ha dejado historias de heroísmo en el personal de salud en primera línea. Nos da esperanza en la raza humana, en su solidaridad y resiliencia.

Nuestra práctica cambio y será para mucho tiempo. Nuestros protocolos de seguridad han mejorado, nuestras estrategias de atención se han hecho más eficientes. Nuestro enfoque se ha vuelto más preventivo, dando más relevancia a un adecuado estilo de vida y nutrición. Los procedimientos ambulatorios han aumentado, las hospitalizaciones prolongadas han disminuido.

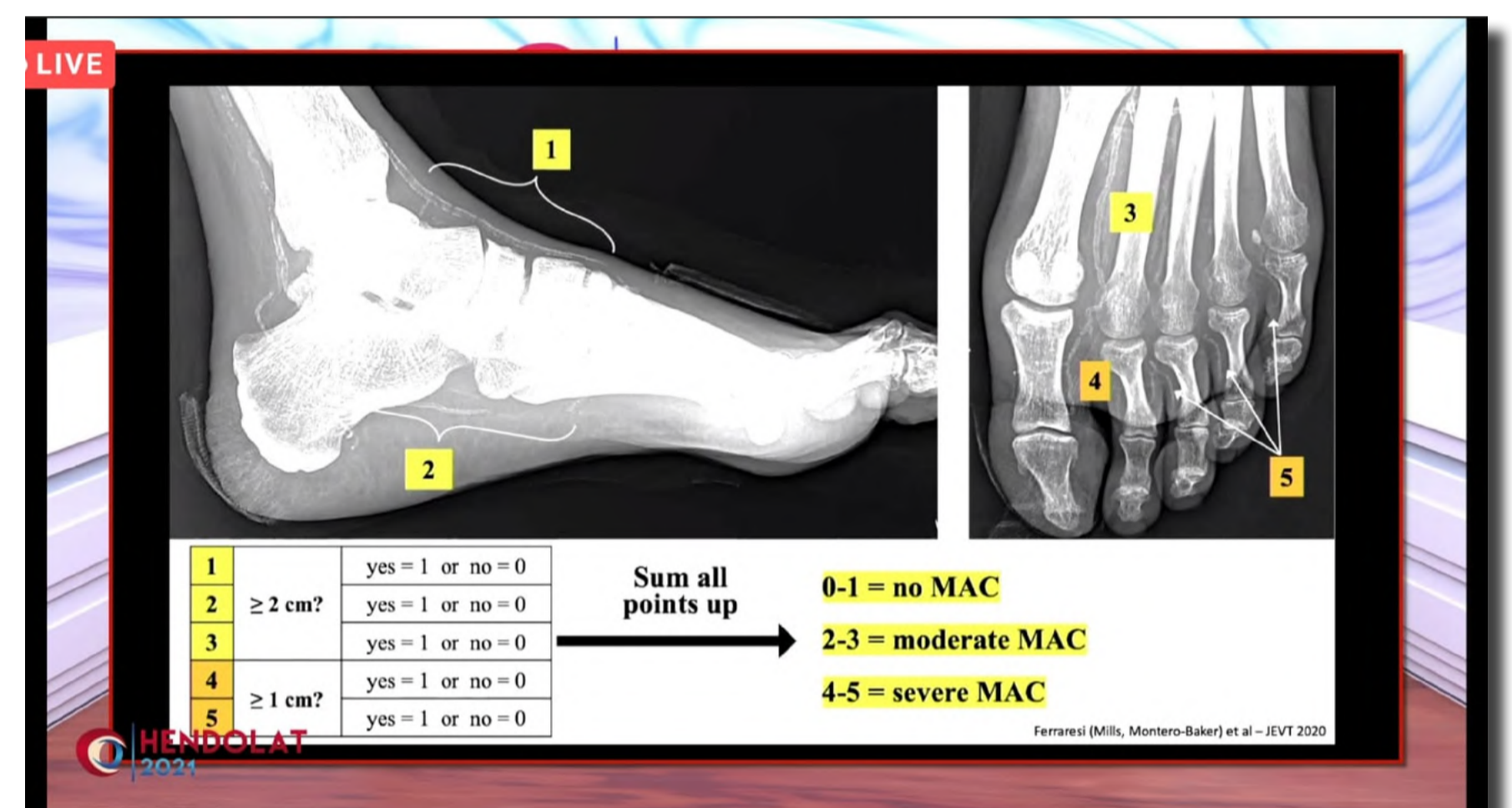
La telemedicina ha sido un pilar en la atención a distancia.

Hay cambios que permanecerán por mucho tiempo

3.-¿Cuál módulo fue su favorito en ésta ocasión y por qué?

Todos los módulos mantuvieron mi interés al 100%.

Por la característica de mi práctica médica. Los módulos de pie diabético y enfermedades venosas son mis favoritos



4.- ¿Qué fortalezas existen en los profesionales en salud vascular en Latinoamérica?

Los latinoamericanos tenemos un ingenio para resolver problemas por la falta de recursos. Este ingenio es una de las mayores fortalezas que tenemos. Hacemos mucho con poco. De igual forma, la clínica sigue siendo muy importante en Latinoamérica, así como, la relación médico - paciente, a diferencia de otras regiones del mundo donde la relación es institución- paciente.

5.-¿cuál fue la mejor sorpresa de este año en Hendolat?

Aún no ha llegado, espérenla del 2 al 4 de diciembre con un congreso Multisede.

6.-Pregunta a modo personal, ¿para cuándo se ensambla un vino tinto con el sello Hendolat?

Seguro más pronto de lo que te imaginas. ¡Ya está en barrica!



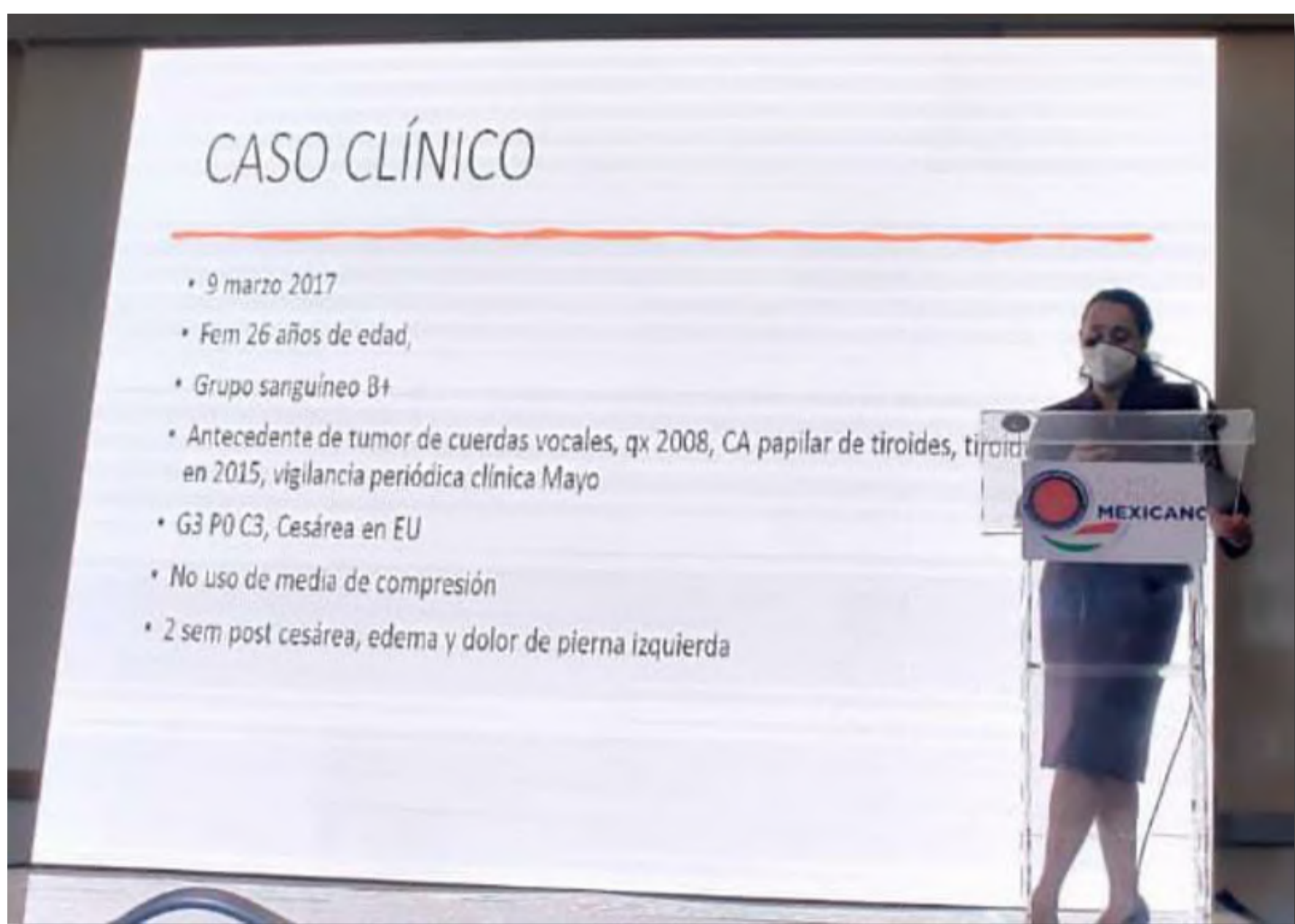
SMACVE EN FORO VENOSO MEXICANO 2021

Autor: Paulo César Olvera Hernández.

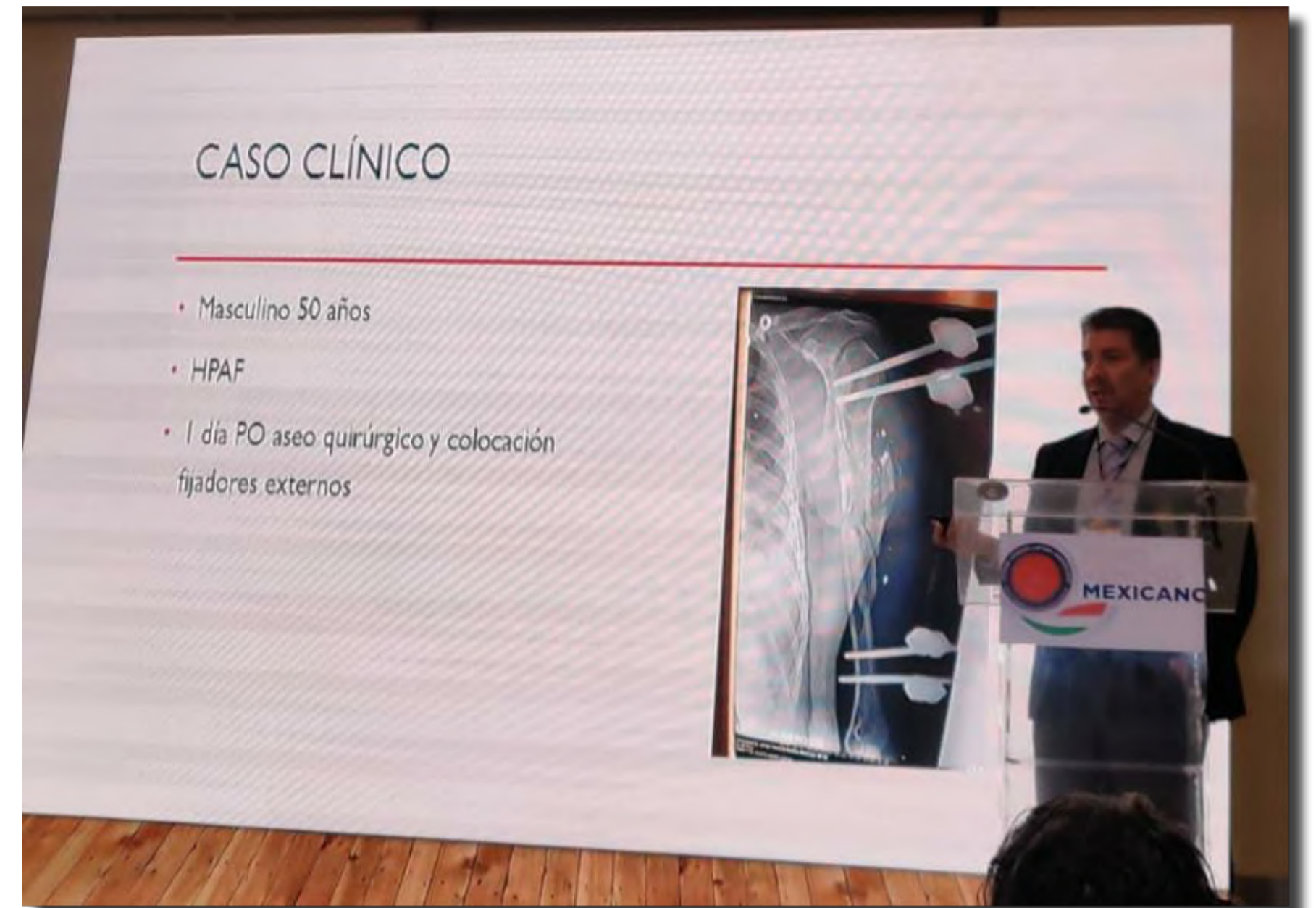


El destacado evento fue llevado a cabo en la ciudad de Puebla, asignándose la participación de la SMACVE en la sesión titulada “Trombosis aguda, consejos que dejan la experiencia”.

La Dra. Vanessa Rubio Escudero de Guadalajara, fue la responsable de presentar un caso clínico de una paciente con datos de trombosis venosa a nivel iliaco, todo un reto, ya que la paciente inicialmente fue tratada en Estados Unidos, al no estar totalmente asintomática, la doctora nos compartió los algoritmos actuales y el abordaje diagnóstico que hizo con ultrasonido intravascular y en sala de hemodinámica, lo resolvió exitosamente con angioplastia y colocación de stent venoso hasta nivel femoral, en el seguimiento del caso, la paciente con un muy buen resultado, en un estudio especializado la paciente tuvo resistencia a anticoagulantes orales de última generación.



El Dr. Alejandro González Ochoa de Sonora, presentó paciente herido por proyectil de arma de fuego en la extremidad torácica superior, que posterior al manejo de traumatología presenta un sangrado de la arteria torácica superior, que pasó inadvertido, resuelto de manera exitosa, pero con cambios isquémicos, prestándose a discusión el manejo a seguir, ya que aún faltaba por resolverse el caso de forma definitiva.



El Dr. Paulo Olvera de Toluca nos presentó serie de 3 casos de trombosis venosa a nivel iliaco, compartiendo algoritmos de manejo y tips que ha dejado la experiencia.

El Dr. Ricardo Rodríguez Castillo de Monterrey, nos presentó un caso de trombosis venosa profunda de miembro pélvico resuelto de forma abierta, en el análisis y discusión nos hace énfasis, de que hay opciones cuando no se tiene disponible la cirugía endovascular.



Por la variedad de casos, estrategias de abordaje y tratamiento, la mesa de discusión se puso interesante, candente y reflexiva.



SMACVE EN SVS 2021



Autor: Dr. Alejandro Nuricumbo Vázquez.

Difícil iniciar, difícil volver a un congreso a casi un año y medio sin actividad presencial, un año y medio sin cruzar a Estados Unidos, una nueva normalidad COVID-19 terminó con lo que teníamos y aquí estamos casi llegando al 2022, y aún no vemos el final, en efecto, esto todavía no termina.

La sede espectacular: San Diego, la ciudad más fina de Estados Unidos, la que tiene mejor clima, un congreso con un acceso limitado, con una asistencia menor al 50% de lo habitual, la nueva realidad se respira en todos los rincones, los cubre bocas, lavarse las manos, y las recomendaciones del SVS.

Las pláticas presenciales que se mezclan con las virtuales, los trabajos se presentan de forma remota o de forma local y se combinan en nuestros cerebros y algunas veces no recordamos quien estuvo presencial y quien estuvo virtual.

Desde el registro, un proceso condicionado a tu certificado de vacunación, en un país desarrollado con altos índices de inoculación, se nos requiere estar inmunizados para poder asistir a las conferencias.

Los stands comerciales, que ya de por sí con el compliance se encuentran limitados y separados, ahora con los protocolos de COVID-19 se ven aún más lejanos, no toques esto, no te acerques acá, usa tu barbijo. Saluda a tus amigos que no ves hace dos años, de puño, agitando la mano, no lo sé, no quiero parecer distante, pero no quiero importunarlos.

Las pláticas como siempre de excelente nivel, de temas diversos, de lo nuevo, de lo clásico, el mundo y la ciencia no se detuvo, tampoco las enfermedades; cirujanos preocupados por que sus residentes están perdiendo habilidades para cirugía abierta, sin embargo, cada vez más hábiles y casos más desafiantes en lo endovascular... ¿a quién no le gusta lo endovascular?

Los americanos como siempre excelentes anfitriones, hubo un partido de béisbol, Padres vs Filadelfia, una sección completa para el SVS.

Al día siguiente, en la sesión presidencial hubo cambio de titular, el presidente habló sobre algunos temas sensibles a lo





largo de la historia que ensombrecen nuestra realidad como seres humanos, como médicos, asuntos como racismo, misoginia, se abordaron y se puso el dedo en la llaga.

Se nos presenta el SVS como un foro diverso, donde actualmente no importa quien eres ni de donde vienes, si no lo que haces con tu trabajo, y hoy gracias a eso tenemos una sociedad más diversa, más justa, no importando tu color de piel ni tu idioma, ni tu orientación sexual o sexo, si no tu trabajo y la diferencia que haces día a día con tus pacientes; sin lugar a dudas, una sesión presidencial muy emotiva a cargo del Dr. Ronald Dalman.

Al final, un gran balance positivo, un gran congreso, un excelente nivel de sus pláticas, y una pequeña luz que se asoma al final de este larguísimo túnel que ha sido la contingencia sanitaria los últimos dos años.

Y pues qué les comento, la ciudad de San Diego, tan bella e impresionante como siempre, y un gran honor haber podido experimentar este congreso como miembro internacional del SVS. Un gran gusto saludar grandes amigos y al presidente de la Sociedad Mexicana de Angiología y Cirugía Vascular, el Dr. Carlos Hinojosa; conocer a la Dra. Daphne González y ayudar a mi querida amiga, la Dra. Rebeca Reachi Lugo, candidata este año a la presidencia de esta Sociedad.

No queda más que, pensar de forma positiva y ver que el futuro nos depara cosas nuevas y seguramente mejores, que esta pausa nos ha servido mucho pero, también tenemos que aprender a vivir esta nueva normalidad y a tratar de retomar nuestras vidas en la medida de lo posible.

Saludos desde el Norte del país, tan cerca y tan lejos de San Diego, Mexicali, B.C.

Su amigo Alejandro Nuricumbo Vázquez.

elatec® 1000mg

Diosmina / Hesperidina purificada micronizada

MÁS POTENCIA EN UNA SOLA DOSIS^{1,2*,4**}

Posología usual:
1 sobre diario⁵

Posología usual:
1 tableta diaria⁶

MÁS RÁPIDO EN EL ALIVIO DEL DOLOR Y PESADEZ DE LAS PIERNAS^{2*}

ACTÚA EN LA RAÍZ DE LA INFLAMACIÓN VENOSA³

MPFF: LA MÁS ALTA RECOMENDACIÓN EN GUÍAS INTERNACIONALES^{4**}



ELATEC® y ELATEC® MPFF están indicados para el tratamiento de los síntomas relacionados con la insuficiencia venosa crónica, funcional y orgánica (edema de piernas pesadas, calambres nocturnos, dolores, impaciencia de *primus decubitus*), para el tratamiento de la enfermedad hemorroidal (crisis hemorroidal).^{5,6}

* Comparado con MPFF 500 mg

** COMPARADO CON: FLAVONOIDEOS (GAMMA-BENZOPIRONAS) COMO: RUTINA O RUTÓSIDOS, ANTOCIANINAS (*Vitis inifera*), PROANTOCIANIDINAS (*Vitis vinifera*). ALFABENZOPIRONAS COMO: CUMARINA, SAPONINAS COMO: EXTRACTO DE SEMILLAS DE CASTAÑO DE LA INDIA, EXTRACTO DE *Ruscus*, ESCINA. OTROS EXTRACTOS DE PLANTAS COMO: EXTRACTO DE *Gingko* Y PRODUCTOS SINTÉTICOS COMO: DOBESILATO DE CALCIO, BENZARONA Y NAFTAZONA.

REFERENCIAS:

- Pascarella, L. (2007) Essentials of Daflon 500 mg: From Early Valve Protection to Long-Term Benefits in the Management of Chronic Venous Disease. *Current Pharmaceutical Design*, 13, 431-444.
- Kirienko, A. & Radak, D. (2016). Clinical acceptability study of once-daily versus twice daily micronized purified flavonoid fraction in patients with symptomatic chronic venous disease: a randomized controlled trial. *International Angiology*, 35(4), 399-405.
- De Souza, M.G.C., Cyrino, F.Z.G.A., Carvalho, J.J., Blanc-Guillemaud, V., & Bouskela, E. (2018). Protective Effects of Micronized purified Flavonoid Fraction (MPFF) on a Novel Experimental Model of Chronic Venous Hypertension. *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 55, 694-702.
- Nicolaides, A., Kakkos, S., Baekgaard, N., Comerota, A., De Maeseneer, M., Eklof, B., & Perrin, M. (2018). Management of chronic venous disorders of the lower limbs. *EDIZIONI MINERVA MEDICA*, 1-79.
- IPP ELATEC® MPFF. No. de Registro Sanitario: 485M2016 SSA IV.
- IPP ELATEC® No. de Registro Sanitario: 066M2002 SSA IV.

NO USAR ELATEC® Y ELATEC® MPFF EN CASO DE:

Hipersensibilidad a las sustancias o algunos de los excipientes.

¿CUÁLES SON LOS RIESGOS IMPORTANTES Y LOS EFECTOS QUE PUEDEN OCURRIR CON ELATEC® Y ELATEC® MPFF?

Trastornos del sistema nervioso:

- Raras: mareos, dolor de cabeza, malestares ($\geq 1/10,000$ a $< 1/1,000$).

Trastornos gastrointestinales:

- Frecuentes: diarrea, dispepsia, náuseas, vómitos ($\geq 1/100$ a $< 1/10$).
- Poco frecuentes: colitis ($\geq 1/1,000$ a $< 1/1,00$).
- Frecuencia no conocida: dolor abdominal.

Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:

- Raras: erupción cutánea, prurito, urticaria ($\geq 1/10,000$ a $< 1/1,000$).
- Frecuencia no conocida: edema aislado de la cara, labios y párpados. Excepcionalmente, edema de Quincke.

¿Cuáles son las advertencias y precauciones asociadas con el uso de ELATEC® y ELATEC® MPFF?

- La administración de este producto no imposibilita el tratamiento específico de otras enfermedades anales.
- Si los síntomas no disminuyen rápidamente, debe practicarse un examen proctológico y el tratamiento debe ser revisado.

*Para la información completa, incluyendo otras advertencias y precauciones especiales, por favor consulte la información para prescribir aprobada.



PRÓXIMOS EVENTOS

REGISTRATE AHORA

WWW.CONGRESOSMACVE-2021.EVENTMASTER.MX



2021
CONGRESO
VASCULAR
LIII

REGÍSTRATE
AQUI



CONGRESO
INTERNACIONAL
ANUAL DE ANGIOLOGÍA,
CIRUGÍA VASCULAR Y ENDOVASCULAR

CIUDAD DE MÉXICO
26 AL 30 DE OCTUBRE DE 2021

LINK DE REGISTRO

[HTTPS://CONGRESOSMACVE-2021.EVENTMASTER.MX/](https://congresosmacve-2021.eventmaster.mx/)

www.smacve.org.mx



@smacve.oficial



@smacve_oficial



**LOS MARTES
(CADA 15 DÍAS)**

SMACVE TV

A LAS 20:00 HORAS

¡NO TE LO PIERDAS!

@SMACVE



WWW.SMACVE.ORG.MX



Todos
los
lunes



 **Clic aquí**



07:00 horas

¡No te lo pierdas!

www.smacve.org.mx

teva

Vasculflow
Diosmina/Hesperidina/Dobesilato de Calcio

FLUIR
es vivir

20

60
tabletas¹
NUEVO

30



Reg. No. 059M2008 SSAIV

TEVA®

Referencias 1. IPP Vasculflow

Material exclusivo para el profesional de la salud No. Aviso: 213300202C2316 Veva: VSF-MX-00089



CONVOCATORIAS



Sociedad Mexicana de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular A.C (SMACVE)

CONVOCA A LA ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA O SESION DE NEGOCIOS 2021

Con fundamento en los artículos 180, 183, 186, 187 y demás relativos de la Ley General de Sociedades Mercantiles; 5, 27; 28, 29, 30 y 31 del Estatuto de la Sociedad Mexicana de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular A.C.; 6 del Reglamento para la Admisión, Sanción y Exclusión de Socios de SMACVE, se hace pública y se convoca a las y los médicos (socios activos) a la Asamblea General Ordinaria o Sesión de Negocios, misma que se celebrará en punto de las 17:00 horas del 29 de Octubre de 2021 en salón independencia del Hotel Sheraton Reforma ubicado en Av. Paseo de la Reforma 325, Cuauhtémoc, 06500 Ciudad de México, CDMX, México, bajo la siguiente:

ORDEN DEL DÍA

- I. Registro de Socios en ejercicio de sus derechos
- II. Designación de Escrutadores
- III. Declaratoria de Quorum e instalación legal de la Asamblea General Ordinaria o Sesión de negocios
- IV. Lectura del Orden del Día y Aprobación de la Asamblea
- V. Lectura del Resumen del Acta Anterior
- VI. Sesión de Negocios
 - a. Informe del Presidente
 - b. Informe de Secretario
 - c. Informe de Tesorero
 - d. Informe de Comité Científico
 - e. Informe de la Revista Mexicana de Angiología
- VII. Elección de Vicepresidente
- VIII. Elección de Vocales
- IX. Presentación y designación de candidatos registrados para los cargos de "COMISARIOS"
- X. Presentación y designación de candidatos registrados para los cargos de "COMISIONADOS DE HONOR Y JUSTICIA"
- XI. Ratificación en el cargo de Presidente al Vicepresidente del ejercicio anterior
- XII. Lectura de acta para efectos de clausura de la asamblea, previa aprobación de su texto, cierre y firma
- XIII. Asuntos Generales
- XIV. Designación de delegados para protocolización del acta

Dr. Carlos A. Hinojosa Becerril
Presidente SMACVE Bienio 2021-2022

Dr. José Francisco Ibáñez Rodríguez
Secretario SMACVE Bienio 2021-2022



Sociedad Mexicana de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular A.C (SMACVE)

CONVOCA A LAS Y LOS MÉDICOS (SOCIOS ACTIVOS) INTERESADOS EN FUNGIR COMO COMISARIOS DE LA MESA DIRECTIVA DE SMACVE 2021

Con fundamento en los artículos 26 fracción VII; 37 numerales 1, 2, 3 y 4; 42, fracciones VIII, XII; 47, del Estatuto Sociedad Mexicana de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular A.C; 6 del Reglamento para la Admisión, Sanción y Exclusión de Socios de SMACVE, se convoca a las y los médicos (socios activos) interesados en fungir como vocales de la mesa directiva de SMACVE, bajo las siguientes bases:

1. Presentar al a la Presidencia y Consejo Consultivo **SMACVE** un **escrito de intención** abierto no mayor a una cuartilla en el que adicionalmente manifieste estar en pleno goce de sus derechos y no haber sido amonestado o suspendido dentro de los dos años anteriores a la fecha límite de registro.
2. Presentar constancia de estar al corriente de todo tipo de pago a favor de SMACVE.
3. No ser miembro de otra sociedad con fines similares.
4. Acreditar una antigüedad mínima de cinco años como socio activo, al día de la asamblea electiva.

En un solo archivo PDF remitir los requisitos señalados en los numerales anteriores, al correo *presidencia @smacve.org.mx*

El plazo límite para presentar la documentación será hasta las 17:00 horas del 29 de Octubre de 2021 en salón independencia del Hotel Sheraton Reforma ubicado en Av. Paseo de la Reforma 325, Cuauhtémoc, 06500 Ciudad de México, CDMX, México.

Dr. Carlos A. Hinojosa Becerril
Presidente SMACVE Bienio 2021-2022

Dr. José Francisco Ibáñez Rodríguez
Secretario SMACVE Bienio 2021-2022

La constancia de antigüedad y de estar al corriente de todo tipo de pago a favor de SMACVE pueden ser solicitadas vía electrónica al correo *diana.altamirano@smacve.org.mx*



Sociedad Mexicana de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular A.C (SMACVE)

CONVOCA A LAS Y LOS MÉDICOS (SOCIOS ACTIVOS) INTERESADOS EN FUNGIR COMO SECRETARIO DE LA MESA DIRECTIVA DE SMACVE 2021

Con fundamento en los artículos 26 fracción VII; 37 numerales 1, 2, 3 y 4; 42, fracciones VIII, XII; 44, del Estatuto Sociedad Mexicana de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular A.C; 6 del Reglamento para la Admisión, Sanción y Exclusión de Socios de SMACVE, se convoca a las y los médicos (socios activos) interesados en fungir como vocales de la mesa directiva de SMACVE, bajo las siguientes bases:

1. Presentar al a la Presidencia y Consejo Consultivo **SMACVE** un **escrito de intención** abierto no mayor a una cuartilla en el que adicionalmente manifieste estar en pleno goce de sus derechos y no haber sido amonestado o suspendido dentro de los dos años anteriores a la fecha límite de registro.
2. Presentar constancia de estar al corriente de todo tipo de pago a favor de SMACVE.
3. No ser miembro de otra sociedad con fines similares.
4. Acreditar una antigüedad mínima de cinco años como socio activo, al día de la asamblea electiva.

En un solo archivo PDF remitir los requisitos señalados en los numerales anteriores, al correo *presidencia @smacve.org.mx*

El plazo límite para presentar la documentación será hasta las 17:00 horas del 29 de Octubre de 2021 en salón independencia del Hotel Sheraton Reforma ubicado en Av. Paseo de la Reforma 325, Cuauhtémoc, 06500 Ciudad de México, CDMX, México.

Dr. Carlos A. Hinojosa Becerril
Presidente SMACVE Bienio 2021-2022

Dr. José Francisco Ibáñez Rodríguez
Secretario SMACVE Bienio 2021-2022

La constancia de antigüedad y de estar al corriente de todo tipo de pago a favor de SMACVE pueden ser solicitadas vía electrónica al correo *diana.altamirano@smacve.org.mx*



Sociedad Mexicana de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular A.C (SMACVE)

CONVOCA A LAS Y LOS MÉDICOS (SOCIOS ACTIVOS) INTERESADOS EN FUNGIR COMO VOCALES DE LA MESA DIRECTIVA DE SMACVE 2021

Con fundamento en los artículos 26 fracción VII; 37 numerales 1, 2, 3 y 4; 42, fracciones VIII, XII; 46 del Estatuto Sociedad Mexicana de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular A.C.; 6 del Reglamento para la Admisión, Sanción y Exclusión de Socios de SMACVE, se convoca a las y los médicos (socios activos) interesados en fungir como vocales de la mesa directiva de SMACVE, bajo las siguientes bases:

1. Presentar al a la Presidencia y Consejo Consultivo **SMACVE** un **escrito de intención** abierto no mayor a una cuartilla en el que adicionalmente manifieste estar en pleno goce de sus derechos y no haber sido amonestado o suspendido dentro de los dos años anteriores a la fecha límite de registro.
2. Presentar constancia de estar al corriente de todo tipo de pago a favor de SMACVE.
3. No ser miembro de otra sociedad con fines similares.
4. Acreditar una antigüedad mínima de cinco años como socio activo, al día de la asamblea electiva.

En un solo archivo PDF remitir los requisitos señalados en los numerales anteriores, al correo *presidencia @smacve.org.mx*

El plazo límite para presentar la documentación será hasta las 17:00 horas del 29 de Octubre de 2021 en salón independencia del Hotel Sheraton Reforma ubicado en Av. Paseo de la Reforma 325, Cuauhtémoc, 06500 Ciudad de México, CDMX, México.

Dr. Carlos A. Hinojosa Becerril
Presidente Smacve Bienio 2021-2022

Dr. José Francisco Ibáñez Rodríguez
Secretario Smacve Bienio 2021-2022

La constancia de antigüedad y de estar al corriente de todo tipo de pago a favor de SMACVE pueden ser solicitadas vía electrónica al correo *diana.altamirano@smacve.org.mx*



En la **SMACVE** trabajamos
y escuchamos los proyectos
de nuestros socios comerciales

¿Tienes una propuesta?

En la SMACVE
hay un espacio para ti

 **Clic aquí**

"SMACVE con la industria"

www.smacve.org.mx



SÉ PARTE DEL CLUB SALUD VASCULAR SMACVE



<https://www.strava.com/clubs/salud-vascular-smacve>



www.smacve.org.mx



ANGIO PODCAST

Escuchanos en Spotify

