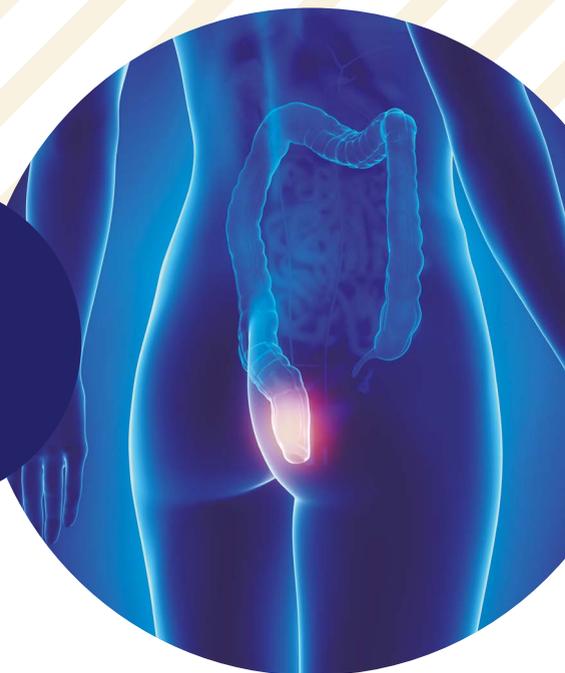


Guía de actuación
farmacéutica en

enfermedad venosa crónica y hemorroides



SEFAC

Sociedad Española de Farmacia
Clínica, Familiar y Comunitaria

Guía de actuación farmacéutica en **enfermedad venosa crónica y hemorroides**

Irene Escudero Rivera

Farmacéutica comunitaria en Zaragoza.

Coordinadora del Grupo de Trabajo de Indicación Farmacéutica de SEFAC.

Inés González Serrano

Farmacéutica comunitaria en Zaragoza.

SEFAC

Sociedad Española de Farmacia
Clínica, Familiar y Comunitaria

© SEFAC, 2024

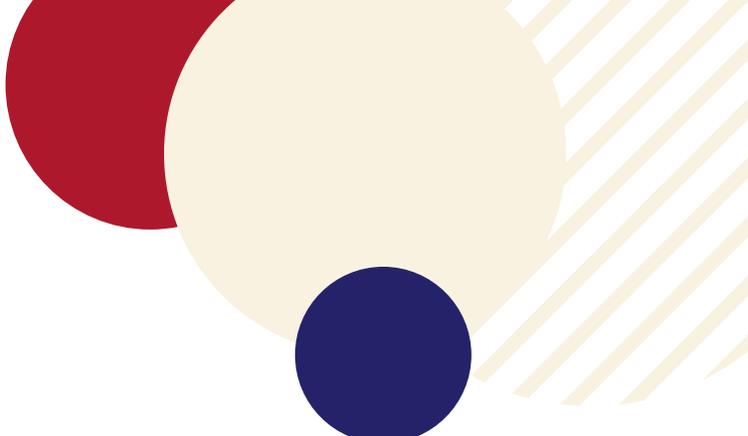
Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo sin el permiso de SEFAC.

Diseño y maquetación: Cyan, Proyectos Editoriales, S.A.

ISBN: 978-84-09-62206-1

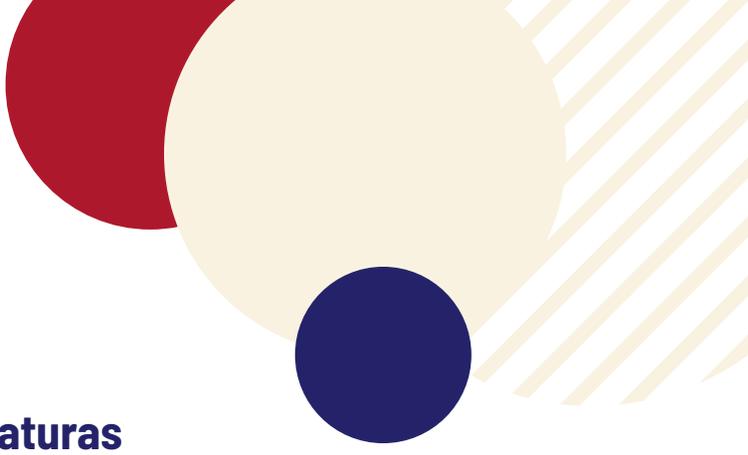
Depósito Legal: M-15199-2024

Esta publicación debe citarse de la siguiente forma: Escudero Rivera I, González Serrano I. Guía de actuación farmacéutica en enfermedad venosa crónica y hemorroides. Madrid SEFAC; 2024



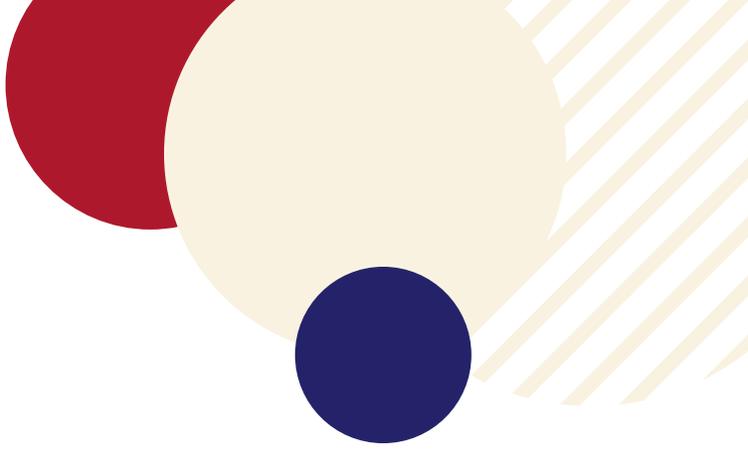
Índice

Glosario de abreviaturas	4
Prólogo	5
Introducción	7
Enfermedad Venosa Crónica (EVC)	9
1. Fisiopatología	9
2. Causas	11
3. Evolución: clasificación CEAP para EVC	11
4. Factores de riesgo en EVC	13
5. Identificación del síntoma menor: síntomas y signos	15
6. Criterios de derivación	15
7. Tratamiento desde la farmacia comunitaria	16
8. Tratamiento ambulatorio y cirugía	21
Enfermedad hemorroidal (EH)	23
1. Fisiopatología	23
2. Causas	24
3. Grados de hemorroides	25
4. Factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad hemorroidal	26
5. Identificación del síntoma menor	27
6. Criterios de derivación	28
7. Tratamiento desde la farmacia comunitaria	29
Algoritmo del Servicio Profesional Farmacéutico Asistencial de Indicación farmacéutica	32
Adherencia	36
Casos clínicos	40
Bibliografía	44



Glosario de abreviaturas

AF	Atención Farmacéutica
CEAP	Clasificación, Etiología, Anatomía, Patofisiología
EVC	Enfermedad Venosa Crónica
EH	Enfermedad Hemorroidal
FC	Farmacia Comunitaria
FFPM	Fracción Flavonoica purificada y micronizada.
HE	Hemorroides Externas
HI	Hemorroides Internas
HTV	Hipertensión venosa
HTV CAPILAR	Hipertensión venosa capilar
IQ	Intervención quirúrgica
IVC	Insuficiencia Venosa Crónica
MAP	Médico de Atención Primaria
NE	Nivel de Evidencia
PS	Problema de Salud
SIF	Servicio de Indicación Farmacéutica
SPFA	Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales
TVP	Trombosis Venosa Profunda



Prólogo

Para todos los compañeros farmacéuticos comunitarios:

Los trastornos venosos crónicos tienen una alta prevalencia e incluyen numerosos problemas funcionales y morfológicos del sistema venoso, independientemente de que produzcan síntomas o no. Como ya se ha identificado en distintos estudios y puesto de manifiesto en anteriores guías, son muchos los pacientes que acuden en alguna ocasión a la consulta de Atención Primaria, un porcentaje menor acude al especialista, al cirujano vascular, pero todos los pacientes que reclaman en algún momento tratamiento farmacológico, no farmacológico, consejos de salud, información sobre su patología o sus tratamientos, son atendidos por el farmacéutico comunitario.

El papel de la farmacia comunitaria y por ende del farmacéutico comunitario como vectores de salud y actores asistenciales es cada vez más importante. Prueba de ello, son los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA). Entre ellos, cabe destacar la importancia del Servicio de Indicación Farmacéutica (SIF), que según la definición de Foro de Atención Farmacéutica-Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC), es el Servicio Profesional Farmacéutico Asistencial en el que el farmacéutico utiliza sus competencias ante la consulta de un problema de salud y/o situación fisiológica especial, para un paciente o cuidador que llega a la farmacia solicitando el remedio más adecuado para el mismo.

Estamos ante dos enfermedades muy prevalentes como son la Enfermedad Venosa Crónica (EVC) y la Enfermedad Hemorroidal (EH).

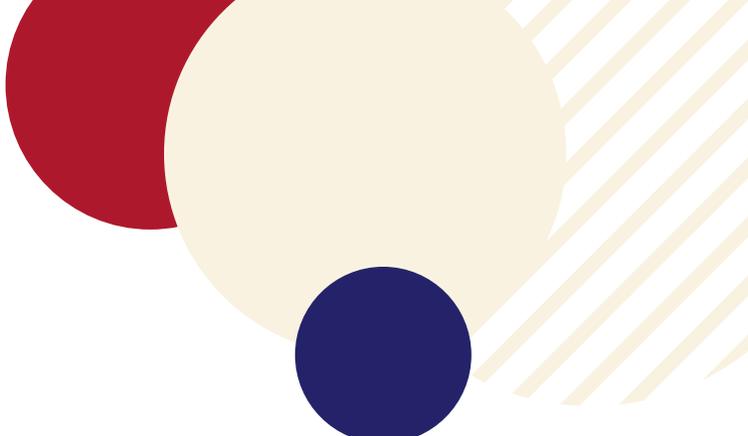
El infradiagnóstico de la EVC y su infratratamiento, así como el tabú generado por la enfermedad hemorroidal, coloca al farmacéutico comunitario en punto clave dentro del circuito asistencial. El rol del farmacéutico en la continuidad asistencial y la oportunidad que brinda la farmacia comunitaria a la hora de identificar a los pacientes que padecen estas dos enfermedades, así como la formación y capacitación que garantiza la correcta actuación y desarrollo del SIF a la hora de recomendar un tratamiento farmacológico o no farmacológico, una recomendación sanitaria o una derivación a otros profesionales sanitarios, hace posible que estemos dotados de las herramientas y capacidades necesarias para desarrollar un manejo compartido de los pacientes, que redunde en un beneficio para la salud de los mismos.

Esta guía tiene un carácter tanto didáctico como práctico y pretende ser una herramienta útil en el manejo de las dos enfermedades a nivel de tratamiento, derivación en caso necesario y seguimiento de los pacientes.

Con entusiasmo y dedicación:

Inés González Serrano

Irene Escudero Rivera



Introducción

Objetivos de la guía

- * Describir la fisiopatología, clasificación, factores de riesgo, criterios de derivación y tratamientos de la Enfermedad Venosa Crónica (EVC) y de la Enfermedad Hemorroidal (EH).
- * Formar al farmacéutico comunitario en materia de prevención y seguimiento de los pacientes con EVC y EH y en la mejora de la adherencia al tratamiento.
- * Dotar al farmacéutico comunitario de las herramientas necesarias para realizar un adecuado Servicio de Indicación Farmacéutica (SIF) con algoritmos de actuación que ayuden a la mejora del estado de bienestar de los pacientes con varices y hemorroides.
- * Fomentar la educación sanitaria y el autocuidado de los pacientes con EVC y EH, así como plantear la derivación al médico cuando sea necesario.

Enfermedad Venosa Crónica y Enfermedad Hemorroidal ¿qué tienen en común?

La Enfermedad Venosa Crónica (EVC) y la Enfermedad Hemorroidal (EH) son dos patologías progresivas y con alta prevalencia¹⁻⁴. Son enfermedades inflamatorias de las venas¹⁻⁴, tanto de las extremidades inferiores como del ano. En ambos casos se producen alteraciones en la pared venosa y son trastornos que se ven agravados por la temperatura ambiental, compartiendo algunos factores de riesgo como puede ser la bipedestación¹.

En algunos casos generan situaciones de incapacidad y un deterioro significativo en la calidad de vida de los pacientes que las padecen¹.

Ambos problemas de salud pueden ser tratados con principios activos venotónicos, adoptando medidas higiénico-dietéticas y estilos de vida saludables.

La EVC se define como cualquier anomalía morfológica y/o funcional del sistema venoso, manifestada mediante signos y/o síntomas. Es una patología vascular de alta prevalencia en la población humana, que se estima que afecta entre el 50 y el 70 % de los individuos. Es una enfermedad infradiagnosticada y poco tratada en todos los niveles

asistenciales, a pesar de su elevada incidencia⁵. Presenta un pico de incidencia entre los 40-49 años en mujeres y 70-79 años en hombres⁶.

Se pueden observar varices en el 25 % y el 40 % de la población adulta occidental, con incidencias anuales entre el 1 % y el 3 %. Las lesiones tróficas dermatológicas afectan a entre un 5 % y un 10 % de la población y un 0,3 % padece úlceras venosas activas. El porcentaje se eleva hasta el 1 % si incluimos a los pacientes con úlcera cicatrizada⁷.

La prevalencia de EVC se incrementa con la edad, y se identifica el sexo como uno de los principales elementos de riesgo. La aparición es más usual en individuos de raza blanca, mientras que es menos habitual en personas de raza negra y descendencia asiática. Los datos indican un incremento en la frecuencia de estos eventos en regiones del norte y centro de Europa en comparación con las zonas del Mediterráneo. Respecto al sexo, se ha notado una mayor propensión en mujeres, con una proporción de 2-8 mujeres por cada hombre afectado; no obstante, los estudios a nivel poblacional muestran que las varices se presentan con igual frecuencia en ambos sexos⁸.

La enfermedad hemorroidal, por su parte, es una de las patologías anorrectales más frecuentes y al igual que en la EVC su prevalencia aumenta con la edad, pero no se han observado diferencias significativas entre sexos, si bien presenta algo más de incidencia en el sexo femenino debido a que los embarazos y partos pueden precipitarla. Se estima que al menos la mitad de la población occidental presentará sintomatología hemorroidal alguna vez en su vida. En España, la prevalencia actual es del 13 %⁹.



Figura 1. Mujer con sensación dolorosa en las piernas. © Depositphotos.



Figura 2. Mujer con un cactus simulando enfermedad hemorroidal. © Depositphotos.

Enfermedad Venosa Crónica (EVC)

1. Fisiopatología

El correcto funcionamiento del sistema vascular venoso exige la adecuada funcionalidad de las válvulas venosas, que direccionan el flujo en sentido ascendente y centripeto e impiden el reflujo retrógrado y centífugo. La incompetencia valvular es el mecanismo fundamental de la EVC. Tradicionalmente, se ha considerado que el origen y factores más significativos de la EVC son el reflujo y la hipertensión venosa crónica, consecuencia del fallo valvular y la inflamación resultante. Sin embargo, hay una creciente evidencia que sugiere que, en una gran proporción de casos de EVC primaria, son las alteraciones inflamatorias¹.

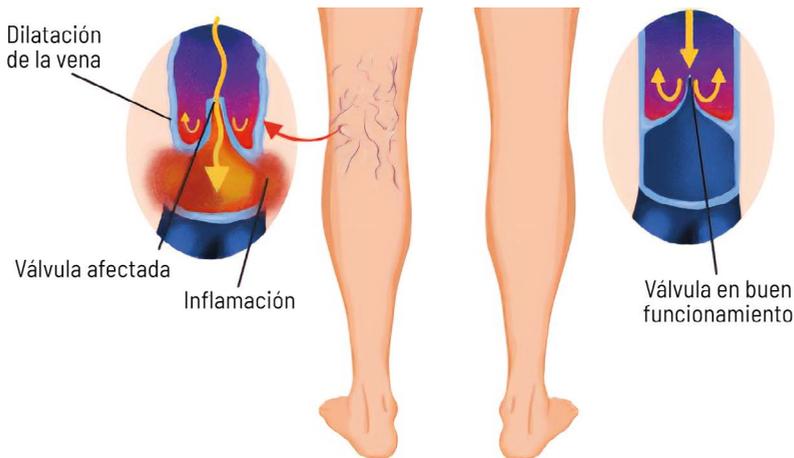


Figura 3. Vena sana vs vena con incompetencia valvular.

Adaptada de: López Espada C. Feijoo Cano C. Rial Horcajo R. Todo lo que debes saber sobre tus venas. Consejos para pacientes con patología venosa. Disponible en: https://www.google.com/url?q=https://www.capitulodeflebologia.org/pdf/sobre_tus_venas.pdf&sa=D&source=editors&ust=1713970663873629&usq=A0vVaw1A4B0hdtPgyqxG0lqpqkRe

La insuficiencia venosa crónica (IVC) es el estadio más avanzado de la EVC y se caracteriza por ser crónica, progresiva y no siempre benigna. El término IVC hace referencia a un

grupo de síndromes clínicos cuya base fisiopatológica común es la hipertensión venosa en las extremidades inferiores. El retorno venoso se ve dificultado independientemente de la postura y de la actividad⁵.

La IVC se puede manifestar de forma moderada, como es el caso de las varices reticulares o telangiectasias o de manera más avanzada, con la aparición de alteraciones cutáneas (úlceras), sangrados (varicorragia) y flebitis superficial. En estadios avanzados puede llegar a influir negativamente en la calidad de vida de los pacientes con una morbimortalidad similar al fallo cardíaco⁵.

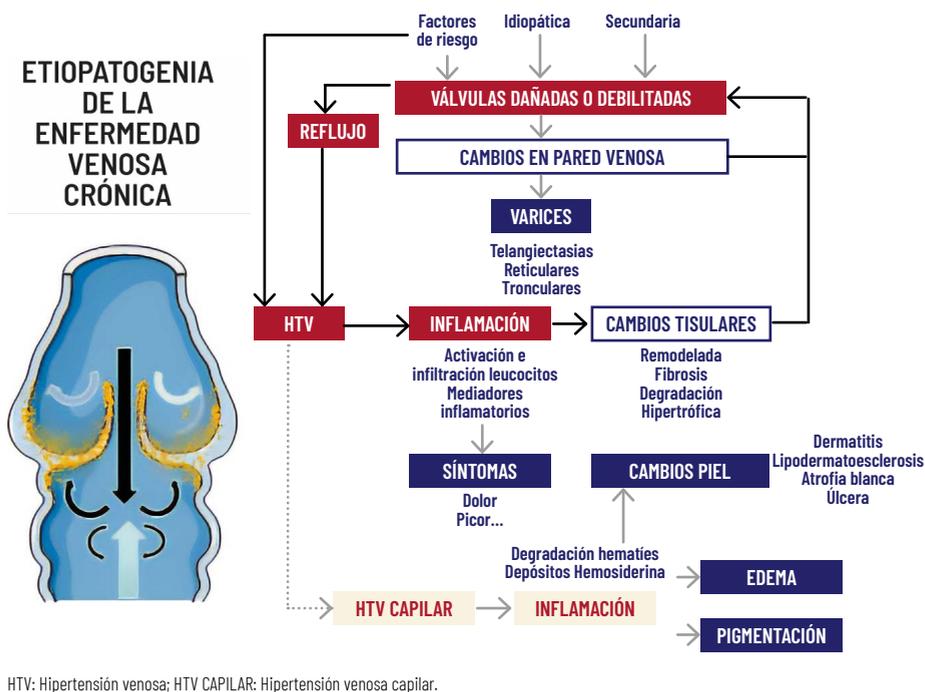


Figura 4. Etiopatogenia de la Enfermedad Venosa.

Elaboración propia a partir de: Carrasco Carrasco E, Díaz Sánchez S. Recomendaciones para el manejo de la Enfermedad Venosa Crónica en Atención Primaria [Internet]. Semergen.es. [citado el 31 de enero de 2024]. Disponible en: https://semergen.es/resources/files/noticias/venosaCrocina_1.pdf

Las varices son la manifestación más común de la EVC y se cree que son debidas a una alteración de la distensibilidad del tejido conectivo de la pared venosa. Comparadas con las venas normales, en las varices existe una **hipertrofia** de la pared venosa con un contenido en colágeno aumentado y unas fibras elásticas fragmentadas.

En los pacientes con trastornos tróficos debidos a hipertensión venosa (HTV) los capilares venosos están marcadamente dilatados, elongados y tortuosos. La HTV produce como primera acción sobre el endotelio un edema de las células endoteliales, activando las moléculas de adhesión de la membrana celular. De forma mecánica se produce también la disrupción del endotelio y el aumento de la permeabilidad del capilar. El estudio evolutivo de este proceso muestra que la primera manifestación es el microedema seguido por el depósito pericapilar de fibrina. Posteriormente se produce la migración extravascular de leucocitos, aumentando el edema y la inflamación, debido a mediadores liberados por los propios leucocitos. La reducción del gradiente de presión capilar entre el lado arteriolar y el venoso, conduce a un enlentecimiento del flujo sanguíneo. Los mediadores inflamatorios, procoagulantes la mayoría, y la disminución de flujo, conducen a la trombosis capilar reduciendo el aporte nutricional y de oxígeno a la piel. Adicionalmente, la lesión endotelial libera mediadores vasoactivos que producen constricción arteriolar a nivel de los esfínteres precapilares. La isquemia relativa de la piel y las alteraciones metabólicas del tejido celular subcutáneo junto con la persistencia de la HTV, hace que se produzcan lesiones en la piel, que pueden ser espontáneas o consecuencia de mínimos traumatismos, apareciendo la úlcera venosa⁹.

2. Causas

La EVC se origina principalmente por anomalías en la pared o en las válvulas de las venas. Estas anomalías también pueden ser consecuencia de las lesiones que deja la trombosis venosa profunda (TVP), que causan el reflujo, la obstrucción o ambos. Las malformaciones venosas son otra causa, aunque muy rara, de EVC. La insuficiencia venosa crónica (IVC) es un término que según los consensos actuales se debe usar solo para la EVC avanzada, cuando hay edema, alteraciones tróficas en la piel y úlceras⁹.

3. Evolución: clasificación CEAP para EVC

En 1994, el *American Venous Forum* elaboró un documento de consenso para clasificar y establecer los distintos grados de la EVC basado en las manifestaciones clínicas (C), factores etiológicos (E), distribución anatómica (A) y hallazgos fisiopatológicos (P). Cada aspecto tiene una serie de categorías que permiten describir la severidad, el origen, la localización y el mecanismo de la enfermedad venosa. Esta clasificación ha sido actualizada en años posteriores, publicándose la última revisión en 2020. El objetivo de esta clasificación es determinar la presencia de signos y síntomas, gravedad clínica, localización y tipo de enfermedad venosa (primaria, secundaria o congénita). Es útil para evaluar, diagnosticar y tratar esta patología, así como para facilitar la comunicación entre los distintos profesionales sanitarios^{10,11}.

Tabla 1. Clasificación CEAP.

Clasificación CEAP	
Clase clínica (C)	
C0	Sin signos visibles o palpables de enfermedad venosa
C1	Telangiectasia o venas reticulares
C2	Venas varicosas
C2r	Venas varicosas recurrentes
C3	Edema
C4	Cambios en la piel y el tejido subcutáneo secundarios a la ECV
C4a	Pigmentación o eccema
C4b	Lipodermatoesclerosis o atrofia blanca
C4c	Corona flebectásica
C5	Úlcera curada
C6	Úlcera venosa activa
C6r	Ulceración venosa recurrente
*Si el proceso es sintomático o no, se añade el subíndice «S» o subíndice «A» respectivamente.	
Clase etiológica (E)	
Ep.	Primario
Es	Secundario
Esi	Secundario - intravenoso
Ese	Secundario - extravenoso
Ec	Congénito
En	Ausencia de etiología venosa identificada
Clase anatómica (A)	
As	Superficial
Ad	Profundo (D= Deep)
Ap	Perforadores
An	Localización anatómica no identificable
Clase patofisiológica (P)	
Pr	Reflujo
Po	Obstrucción
Pro	Reflujo y obstrucción
Pn	Fisiopatología venosa no identificada

Elaboración propia. Adaptado y traducido de De Maeseneer MG, Kakkos SK, Aherne T, Baekgaard N, Black S, Blomgren L, et al. Elección del editor: guías de práctica clínica de 2022 de la Sociedad Europea de Cirugía Vascul (ESVS) sobre el tratamiento de la enfermedad venosa crónica de las extremidades inferiores. Eur J Vasc Endovasc Surg [Internet]. 2022;63(2):184-267. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejvs.2021.12.024>

En el contexto de la Atención Primaria, se utiliza la **clasificación clínica (C)** debido a su accesibilidad y facilidad de uso. Esta clasificación se puede determinar mediante un

examen visual y categoriza en 7 niveles distintos la enfermedad, tal como se ha presentado en la Tabla 1, donde se explica detalladamente cada uno de los niveles.

Después de la categoría se añade una A si el sujeto está asintomático o una S si presenta síntomas. En las categorías C2 y C6 se añade un subíndice "r" si existe recurrencia de venas varicosas o úlceras, **como consecuencia de la progresión de la enfermedad** después de un tratamiento previo¹¹. Dicha progresión puede apreciarse en la Figura 5.



Figura 5. Imagen Gravedad Enfermedad Venosa.

Adaptada de: Eklöf B. La nueva revisión de la clasificación CEAP de 25 años es oportuna y está justificada. J Vasc Surg Trastorno linfático venoso [Internet]. 2020;8(3):341. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvsv.2020.01.002>

El equipo de Vasculopatías de SEMERGEN creó el formulario Venocheck para evaluar factores etiológicos, clínicos (según la clasificación CEAP), gravedad, impacto en la calidad de vida, tratamientos, aparición de complicaciones y criterios de derivación al especialista. El Venocheck se emplea para diagnosticar a pacientes que presentan síntomas o signos que indican una posible EVC, así como para el seguimiento de pacientes previamente diagnosticados. Este instrumento es beneficioso para consultas virtuales y presenciales, ya que proporciona un método estandarizado para evaluar y rastrear a los pacientes en el tiempo¹¹.

4. Factores de riesgo en EVC

Aproximadamente en el 19 % de los pacientes no identifica ningún factor de riesgo predisponente¹².

No modificables

- * **Genética:** predisposición familiar (varices esenciales), antecedentes personales y familiares de patología venosa. En muchos casos se considera el factor principal.

- * **Edad:** el riesgo aumenta con la edad, se discute si se debe a un proceso de envejecimiento de los tejidos o bien a la propia cronicidad del trastorno.
- * **Sexo:** la presencia de varices en la mujer, en especial entre 20 y 40 años, es entre dos y cinco veces superior a la del hombre. Una de cada dos mujeres presenta problemas venosos. En embarazadas el 50 % padece edemas y el 30 % desarrolla varices (la IVC es más frecuente en mujeres con dos o más embarazos debido a los cambios hormonales, el incremento de la volemia y el aumento de la presión intraabdominal que altera el retorno venoso).
- * **Raza:** más frecuente en raza blanca.
- * **Clase social:** más frecuente en las clases medias-bajas.

Modificables

- * **Bipedestación prolongada:** varios estudios demuestran que la incidencia de IVC se relaciona con una actividad laboral mayoritariamente de pie, sobre todo si la posición de trabajo es estática. Se debe a una disminución de la actividad de la bomba muscular y se incrementa la hipertensión venosa, dando lugar con el tiempo a un deterioro de la pared venosa.
- * **Alteraciones estructurales y biomecánicas del pie y las piernas.** La limitación de la movilidad reduce el efecto impulsor sobre el flujo venoso.
- * **Inmovilidad.**
- * **Compresiones locales o selectivas:** las ropas ajustadas favorecen su aparición.
- * **Sedentarismo.**
- * **Obesidad.** Relacionado con el sedentarismo.
- * **Fármacos:** los anticonceptivos orales y el tratamiento hormonal sustitutivo podrían favorecer su desarrollo, aunque existe escasa evidencia que respalda esta relación causa-efecto.
- * **Exposición al calor,** por la vasodilatación cutánea que provoca. Hay un empeoramiento de la sintomatología de los pacientes.
- * **Hábito tabáquico.**

Situaciones fisiológicas y/o especiales

- * **Cambios hormonales y estados hiperestrogénicos.** El embarazo es el factor de riesgo adquirido de mayor relevancia, debido a la hipertensión venosa que produce el útero grávido de forma mecánica sobre la pelvis y la vena cava, y el aumento de hormonas que producen vasodilatación como la progesterona.
- * **Antecedentes** de trombosis venosa profunda o de traumatismos en miembros inferiores.

5. Identificación del síntoma menor: síntomas y signos

- * **Síntomas:** molestias relacionadas con la enfermedad venosa que pueden incluir hormigueo, dolorimiento, ardor, dolor, calambres musculares, hinchazón, sensación de latidos o pesadez, picor en la piel, piernas inquietas, cansancio de la pierna y/o fatiga. Aunque no son patognomónicos, éstos pueden ser sugestivos de enfermedad venosa crónica, sobre todo si se ven agravados por el calor o aumentan en el curso del día, y se alivian con apoyo y/o elevación de las piernas¹³.
- * **Signos venosos:** manifestaciones visibles de trastornos venosos, que incluyen varices, edema de las piernas, cambios en la piel como pigmentación, eccema, atrofia blanca, lipodermatoesclerosis y úlcera venosa¹³.

6. Criterios de derivación

- * **Edad:** menores de 15 años o mayores de 75 años.
- * **Síntomas:**
 - Presencia de varices secundarias, que aparecen tras un cuadro de flebitis, una trombosis venosa o un traumatismo.
 - Presencia de inflamación y/o dolor importante en la extremidad, aunque no se vean varices (trombosis profunda), fiebre, prurito o enrojecimiento en la zona de las varices.
 - Presencia de dolor en la pantorrilla, con hinchazón de la pierna y aumento del tamaño de las venas.
 - Cambio de color o de aspecto de la piel de las piernas.
 - Presencia de úlceras, heridas o de sangrado por las varices.
 - Dolor torácico o disnea.
- * **Duración de los síntomas:** >2 semanas en pacientes con sintomatología permanente y que no responden a las medidas conservadoras.
- * **Enfermedades y/o medicamentos:**
 - Posible asociación con la utilización de tratamientos hormonales sustitutivos o de anticonceptivos orales.
 - Diabetes de larga duración con antecedente de úlcera.
 - Insuficiencia cardíaca, hepática y/o renal.
 - Sospecha de proceso alérgico.
- * **Situaciones especiales fisiológicas:** embarazo y lactancia¹².

7. Tratamiento desde la farmacia comunitaria

Medidas higiénico-dietéticas y recomendaciones

Como farmacéuticos comunitarios, debemos poner especial énfasis en la educación sanitaria al paciente, poniendo en valor, las medidas generales a adoptar por este como pueden ser:

- * Aumentar la actividad física diaria, independientemente de la actividad laboral.
- * Limitar los aportes calóricos y adecuada ingesta de fibra.
- * Utilizar calzado cómodo, con tacón de menos de 3 cm de altura que garantice un buen funcionamiento de la bomba muscular.
- * Usar ropa cómoda que no produzca excesiva presión en las extremidades.
- * Evitar la exposición a fuentes de calor directo y terminar las duchas con agua fría.
- * Evitar situaciones de ortostatismo y posición de sentado durante largo tiempo en la medida posible.
- * Aplicar cremas hidratantes de manera ascendente, desde el tobillo hacia la rodilla, favoreciendo el retorno venoso¹³.

Tratamiento farmacológico vía oral

Los medicamentos venotónicos, actúan en el origen de la enfermedad y son sustancias que mejoran el tono y la elasticidad de las venas, de manera que se reduce la dilatación. Pueden actuar en la macro y microcirculación, en la pared venosa, en las válvulas, disminuyendo la reacción inflamatoria y modificando los mecanismos que desencadenan la hipertensión venosa.

Disponemos de principios activos, con evidencia científica, indicados en el tratamiento de los síntomas relacionados con las varices. Algunos son sintéticos y otros de origen natural. En algunos casos los productos comercializados tienen más de un principio activo. Debemos indicar el tratamiento adecuado para cada paciente en función de sus necesidades, que tengan un buen nivel de evidencia y grado de recomendación (Tabla 2 y 3) y siempre con criterio científico basándonos en las recomendaciones de las últimas guías disponibles.

Tabla 2. Niveles de evidencia según la Sociedad Europea de Cirugía Vascolar.

Nivel de evidencia A	Datos derivados de múltiples ensayos clínicos aleatorios o metanálisis.
Nivel de evidencia B	Datos derivados de un único ensayo clínico aleatorizado o de grandes estudios no aleatorizados.
Nivel de evidencia C	Consenso de opinión de expertos y/o estudios pequeños, estudios retrospectivos y registros.

Adaptado de: De Maeseneer MG, Kakkos SK, Aherne T, Baekgaard N, Black S, Blomgren L. Editor's Choice - European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2022 Clinical Practice Guidelines on the Management of Chronic Venous Disease of the Lower Limbs. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2022;63(1):3-81.

Tabla 3. Clases de recomendaciones según la Sociedad Europea de Cirugía Vascular.

Clase I	Evidencia y/o acuerdo general de que un determinado tratamiento o procedimiento es beneficioso, útil y eficaz.
Clase II	Evidencia contradictoria y/o divergencia de opiniones sobre la utilidad/eficacia del tratamiento o procedimiento dado.
Clase IIa	El peso de la evidencia/opinión está a favor de la utilidad/eficacia.
Clase IIb	La utilidad/eficacia está menos establecida por la evidencia/opinión.
Clase C	Evidencia o acuerdo general de que el tratamiento o procedimiento proporcionado no es útil/eficaz y, en algunos casos, puede ser perjudicial.

Adaptado de: De Maeseneer MG, Kakkos SK, Aherne T, Baekgaard N, Black S, Blomgren L. Editor's Choice - European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2022 Clinical Practice Guidelines on the Management of Chronic Venous Disease of the Lower Limbs. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2022;63(1):3-81.

Para los pacientes con enfermedad venosa crónica sintomática, que no están recibiendo tratamiento intervencionista, están esperando intervención o tienen síntomas persistentes y/o edema después de la intervención, se debe considerar el tratamiento médico con fármacos venoactivos (véase Tabla 4) para reducir los síntomas venosos y el edema, según la mayor evidencia disponible para cada medicamento individual: nivel de evidencia A, clase IIa en las guías europeas del 2022, y nivel IIb en las guías americanas del 2023¹⁴.

Tabla 4. Resumen de las propiedades farmacológicas de los fármacos venoactivos utilizados para los trastornos venosos crónicos, Guías Americanas del 2023.

	Propiedades farmacológicas							
	Tono venoso	Pared venosa y válvula	Fuga capilar	Drenaje linfático	Trastornos hemorreológicos	Propiedades antioxidantes	Reacción inflamatoria	Función endotelial
FFPM	+	+	+	+	+	+	+	+
Extractos de ruscus	+	+	+	+	+		+	
Hidroxieltrulósidos	+		+	+	+	+	+	
Dobesilato de calcio	+		+	+	+	+		
Extracto de castaño de india/esencia	+		+			+		+
Extracto de hoja de vid roja			+			+		
Sulodexida							+	+

FFPM: Fracción flavonoica purificada y micronizada.

Adaptado de Nicolaides A, Kakkos S, Baekgaard N, Comerota A, de Maeseneer M, Eklof B, et al. Manejo de los trastornos venosos crónicos de los miembros inferiores. Directrices según la evidencia científica. Parte I. Int Angiol. 2018; 37(3):181-254¹⁵

Entre los fármacos venoactivos que recogen las guías clínicas internacionales, se encuentra la **fracción flavonoica purificada y micronizada (FFPM)**, con indicación para el tratamiento de los síntomas relacionados con la enfermedad venosa leve en adultos. Es un agente venotónico con un mecanismo de acción completo¹ y con grado de evidencia A en el **alivio de los síntomas como dolor**, pesadez, sensación de hinchazón, malestar funcional. También, tiene un **grado de evidencia alto y un nivel de recomendación A 15** en el tratamiento de las úlceras activas.

La FFPM se compone de un 90 % de diosmina y un 10 % de fracción de hesperidina (hesperidina, diosmetina, linarina e isorhoifolina). Sus efectos beneficiosos en pacientes con dolor, cansancio, pesadez de piernas, varices o hinchazón están relacionados con el efecto sobre el tono venoso, la microcirculación, los trastornos tróficos, el edema, la inflamación, la adhesión y la activación de leucocitos¹⁶.

Las formas farmacéuticas que aumentan la absorción intestinal en forma **micronizada** representan una innovación y una mejora de la eficacia terapéutica¹⁵. La eficacia de la FFPM, con 90 % de diosmina y 10 % de hesperidina, se ha demostrado en estudios clínicos y preclínicos¹⁷. La micronización incrementa el índice de disolución de la diosmina y mejora su metabolismo, con lo cual mejora la actividad farmacológica¹⁷. FFPM ha demostrado efectos beneficiosos para pacientes con venas varicosas y con enfermedad venosa crónica¹⁸.

La duración del tratamiento podría ser de 2 a 3 meses, en periodos sintomáticos, considerando su uso continuo durante todo el año¹⁶, pero siempre es importante consultar al médico.

Otras alternativas son los flavonoides de síntesis, glucosaminoglicanos naturales, saponinas, cumarina, *Ginkgo biloba*, dobesilato de calcio, naftazona, pentoxifilina, sulodexida. Los extractos de ruscus aumentan la resistencia capilar y reducen la filtración capilar¹⁵. En ocasiones son prescritos por los profesionales sanitarios, no obstante, debemos, desde la farmacia comunitaria indicar aquellos tratamientos con indicación en enfermedad venosa.

Tratamiento tópico

Este tratamiento está orientado hacia el cuidado de la piel, las cremas tratan desde fuera, aliviando las molestias leves como la pesadez o el hormigueo. La aplicación de cremas o geles en sentido ascendente, desde el tobillo a la rodilla, con **extractos de menta**, favorece el retorno venoso y proporciona un efecto refrescante. En estos preparados también encontramos extracto de *Ruscus aculeatus* o extracto de *Aesculus hippocastanum* que reducen la sensación de pesadez en las extremidades inferiores.

El **pentosano polisulfato sódico** es un heparinoide semisintético de bajo peso molecular de origen vegetal. Es precisamente su bajo peso molecular lo que facilita su absorción a través de la piel. Por vía cutánea presenta actividad trombolítica, al prevenir la formación

de trombos y favorecer la regresión de aquellos de pequeño tamaño ya formados. Mejora la irrigación sanguínea, especialmente en los capilares.

El **condroitín sulfato**, es también un heparinoide que incrementa la actividad de la antitrombina III, dando lugar a un efecto anticoagulante. Este efecto anticoagulante no es patente tras su administración tópica, pero favorecen la reabsorción de hematomas locales.

La asociación de **escina** y **salicilato de dietilamina** con propiedades antiinflamatorias y analgésicas, aumenta el tono y retorno venoso^{13,19}.

Tratamiento no farmacológico

Los métodos físicos para tratar la EVC se estudian cada vez más como complemento o alternativa al tratamiento intervencionista. El ejercicio físico, dirigido a la fuerza de los músculos de las extremidades inferiores y la movilidad del tobillo, y la fisioterapia pueden mejorar la movilidad general, promover la pérdida de peso, fortalecer el bombeo de los músculos de la pantorrilla y aumentar el rango de movimientos del tobillo, todo lo cual facilita el retorno venoso²⁰.

Para pacientes con enfermedad venosa crónica sintomática, se debe considerar el ejercicio para reducir los síntomas venosos. Nivel de evidencia B, clase IIa²⁰.

Otros métodos con menos evidencia para el tratamiento de las EVC, pero con una mejora de la calidad de vida relacionada con la salud, incluyen masajes, balneoterapia y terapia de enfriamiento.

El asesoramiento y el apoyo adecuado son importantes, incluidas modificaciones en el estilo de vida (como caminatas frecuentes, uso de plantillas, evitar estar de pie durante mucho tiempo, descansar con las piernas ligeramente elevadas, evitar la exposición al calor), y la pérdida de peso en caso de obesidad, que se reconoce cada vez más como uno de los factores que más contribuyen al desarrollo de enfermedad venosa crónica²⁰.

Terapia compresiva

La terapia de compresión sigue siendo la piedra angular del tratamiento conservador de la EVC. Se ha demostrado eficaz en el control de los síntomas y en la reducción del edema. También se puede utilizar para reducir la induración de la piel en extremidades con lipodermatoesclerosis y/o atrofia blanca (clase clínica CEAP C4b). Mejora la hemodinámica venosa y reduce los efectos de la hipertensión venosa. Condiciones clínicas que en el pasado se consideraban una contraindicación para el uso de la terapia compresiva como enfermedad arterial, infección de la piel, vasculitis, celulitis, ya no se consideran como tales, siempre que se tomen las precauciones adecuadas, haciendo un correcto seguimiento del paciente²⁰.

La terapia de compresión después de una intervención venosa superficial sigue siendo un tema controvertido, particularmente con respecto a las indicaciones y beneficios de la terapia. Sin embargo, todavía lo utiliza la gran mayoría de los cirujanos.

El fundamento de la compresión después de los tratamientos venosos es establecer una compresión luminal de la vena tratada o del área donde se han extirpado las venas (mediante extracción o flebectomía), para prevenir o minimizar la inflamación, el dolor, los hematomas, el sangrado y las lesiones superficiales o lesiones profundas.

La terapia compresiva es la modalidad de tratamiento más extendida para la EVC. La presión debe alcanzar un mínimo de 15mmHg a nivel del tobillo, y se recomienda una presión de entre 20 y 40mmHg en el tobillo para disminuir el edema.

Utilizar compresión en función del estadio²¹:

- * Ligera (15-20 mmHg) en C0 y C1.
- * Normal (20-30 mmHg) en C2, C3.
- * Fuerte (30-40 mmHg) en C4, C5 y C6.

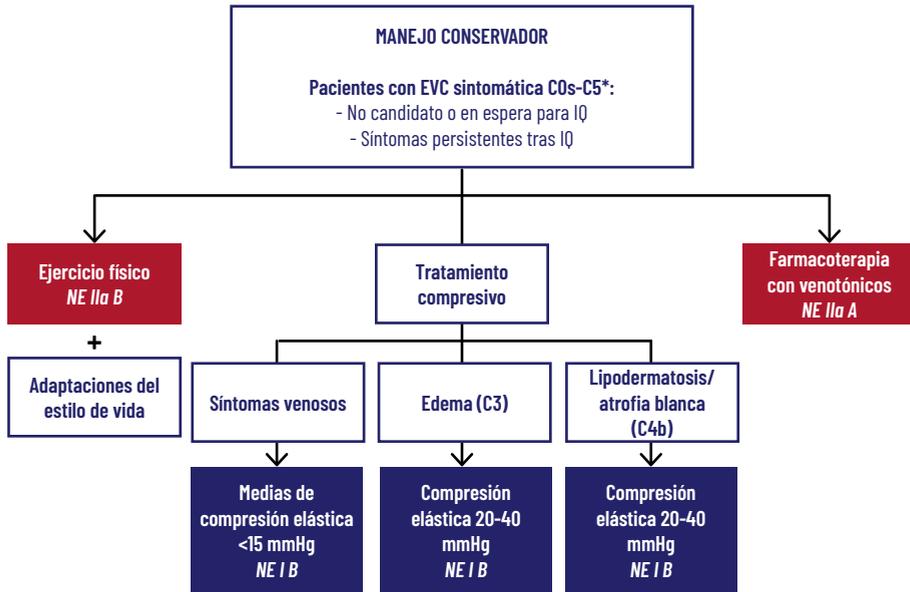
En la Figura 6 podemos identificar el algoritmo del manejo conservador de la EVC.

Para los pacientes con enfermedad venosa crónica sintomática, se recomiendan medias de compresión elásticas que ejerzan una presión de al menos 15 mmHg en el tobillo para reducir los síntomas venosos. Nivel de evidencia B, clase I²⁰.

Para pacientes con enfermedad venosa crónica y edema (clase clínica CEAP C3), se recomienda el tratamiento de compresión, utilizando medias de compresión elásticas por debajo de la rodilla, vendajes inelásticos o prendas de compresión ajustables, ejerciendo una presión de 20 a 40 mmHg en el tobillo, para reducir el edema. Nivel de evidencia B, clase I²⁰.

Para pacientes con enfermedad venosa crónica y lipodermatoesclerosis y/o atrofia blanca (clase clínica CEAP C4b), se recomienda el uso de medias de compresión elásticas por debajo de la rodilla, ejerciendo una presión de 20 a 40 mmHg en el tobillo, para reducir la induración de la piel. Nivel de evidencia B, clase I²⁰.

Para los pacientes con síndrome postrombótico, se debe considerar el uso de medias de compresión elásticas por debajo de la rodilla, que ejerzan una presión de 20 a 40 mmHg en el tobillo, para reducir la gravedad. Nivel de evidencia B, clase IIa²⁰.



IQ: Intervención quirúrgica / NE: Nivel de evidencia

Figura 6. Algoritmo de manejo conservador de la EVC.

Adaptado y traducido de De Maeseneer MG, Kakkos SK, Aherne T, Baekgaard N, Black S, Blomgren L, et al. Elección del editor: guías de práctica clínica de 2022 de la Sociedad Europea de Cirugía Vascul (ESVS) sobre el tratamiento de la enfermedad venosa crónica de las extremidades inferiores. Eur J Vasc Endovasc Surg [Internet]. 2022;63(2):184-267. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejvs.2021.12.024>

*Para los pacientes con úlceras venosas activas en las piernas (C6), debe considerarse el uso de la fracción flavonoica purificada micronizada, hidroxietilrutósidos, pentoxifilina o sulodexida, como complemento de la compresión y el cuidado local de la herida para mejorar la cicatrización de la úlcera²⁰.

8. Tratamiento ambulatorio y cirugía

En el manejo ambulatorio y quirúrgico de estos pacientes, conviene tener en cuenta lo siguiente:

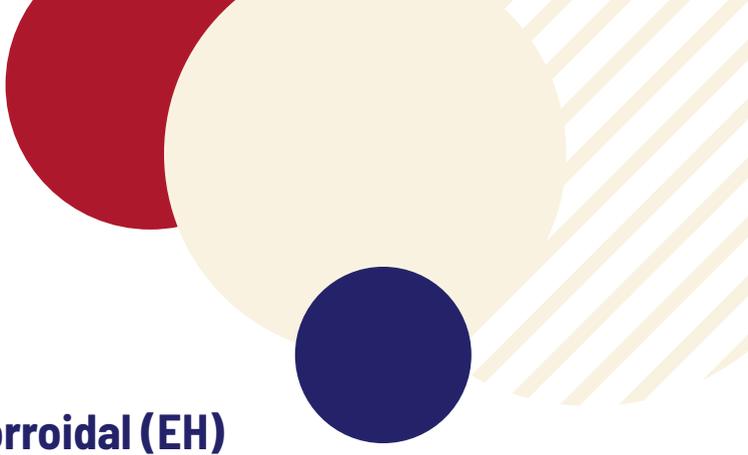
- ✦ Para pacientes con insuficiencia venosa superficial que presentan venas varicosas sintomáticas (clase clínica CEAP C2), se recomienda el tratamiento intervencionista. Nivel de evidencia B, clase I²⁰.
- ✦ Para los pacientes con insuficiencia venosa superficial que presentan edema (clase clínica CEAP C3), se deben considerar otras causas no venosas de edema antes de planificar un tratamiento intervencionista. Nivel de evidencia C clase IIa²⁰.
- ✦ Para los pacientes con insuficiencia venosa superficial que presentan cambios en la piel como resultado de una enfermedad venosa crónica (clase clínica CEAP C4 - C6), se recomienda el tratamiento intervencionista de la insuficiencia venosa. Nivel de evidencia C clase I²⁰.

Históricamente, la insuficiencia venosa superficial se ha tratado mediante cirugía, realizada normalmente en un quirófano, bajo anestesia general o local. La intervención endovenosa, con o sin flebectomías, actualmente se reconoce ampliamente como el estándar de atención establecido pudiendo realizarse en un entorno ambulatorio. Los datos observacionales sugieren que esta práctica es segura y efectiva, y ofrece una reducción en el costo del procedimiento²⁰. Las técnicas más utilizadas son las siguientes:

- * Ablación de la safena:
 - Térmica.
 - No térmica.
 - Mecanoquímica.
- * Ligadura alta y stripping.
- * Flebectomía.
- * Escleroterapia.
- * Intervenciones para venas perforantes.
- * Intervenciones para venas reticulares y telangiectasias.

Recomendaciones post cirugía desde la farmacia comunitaria

- * Analgesia postoperatoria en caso necesario, cuando haya sintomatología.
- * Terapia compresiva postoperatoria inmediata, y valorar la duración de dicho tratamiento. Aconsejar en la talla adecuada, colocación correcta y cuidado de la piel. Las medias terapéuticas o de compresión deben colocarse al levantarse de la cama y si no fuera posible, mantener durante al menos 10 minutos las piernas elevadas antes de hacerlo.
- * Fármacos venotónicos con demostrada evidencia científica.
- * Hábitos de vida saludables: ejercicio, evitar bipedestación prolongada, evitar sobrepeso entre otros, son los factores modificables sobre los que más debemos incidir.



Enfermedad hemorroidal (EH)

1. Fisiopatología

Si bien es cierto que no existe una definición única acerca de lo que es la enfermedad hemorroidal, nos podemos aproximar diciendo que esta tiene lugar cuando se dan una **serie de síntomas y signos** cuya causa proviene de un proceso inflamatorio del tejido hemorroidal debido a trastornos circulatorios y mecánicos de las estructuras que conforman el plexo hemorroidal²².

Hemos de entender que tener hemorroides es algo común a todos los seres humanos, no son otra cosa que espacios vasculares constituidos por complejos arteriovenosos situados en el canal anal que se rodean de tejido conectivo y de esa manera forman el plexo hemorroidal²³; si bien las consideramos estructuras anatómicas normales cuando se desarrollan síntomas como dolor, prurito, sangrado y prolapso es cuando estamos ante enfermedad hemorroidal⁴.

De las diferentes teorías que tratan de explicar su origen podemos destacar²²:

- * Neovascularización debida a cambios morfológicos de la vascularización. Además, las numerosas anastomosis en estas estructuras hacen que los tejidos hemorroidales sean susceptibles a la acumulación de sangre.
- * Cambios estructurales en los tejidos de sustentación del canal anal.
- * Procesos inflamatorios tanto de la pared vascular como del tejido conectivo. Las reacciones inflamatorias son especialmente evidentes en lesiones prolapsadas o trombadas.

La función del plexo hemorroidal es mantener la continencia del canal anal mientras nos encontramos en los períodos no defecatorios.

Según del plexo hemorroidal del que se deriven estamos antes hemorroides internas o externas²⁴:

- * **Hemorroides internas (HI)**: situadas por encima de la línea dentada, poseen pocas fibras sensitivas por lo que suelen ser indoloras, pero a menudo ocasionan rectorragia, prolapso y/o secreción. Son cojines anales ubicados en el canal anal en forma de 2 a 4

almohadillas engrosadas de vasos sanguíneos rodeadas de tejido conectivo y de fibras musculares que las anclan al esfínter interno.

- * **Hemorroides externos (HE):** el plexo hemorroidal externo sí que posee una gran cantidad de fibras sensitivas lo que justifica que lleguen a resultar dolorosas. Se trata de un plexo venoso bajo la piel en el margen del ano. Son venas entrelazadas separadas por tabiques fibrosos lo que le confiere a la HE de una estructura similar a un panal.
- * **Hemorroides mixtas:** se dan cuando coexisten ambos tipos.

La línea dentada o zona cloacogénica es el punto de referencia más importante del canal anal y lo conforman todas las válvulas anales juntas.

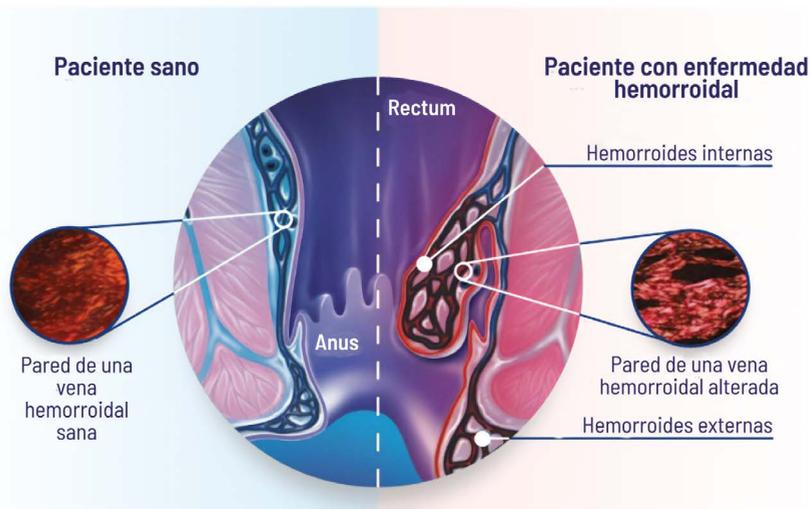


Figura 7. Fisiopatología sana vs. Enfermedad Hemorroidal.
Imagen cedida por laboratorio Servier.

2. Causas

No existe un único mecanismo al que atribuir la aparición de enfermedad hemorroidal y de manera habitual se atribuye a más de una causa. Pueden ser distintas en cada paciente. Estos mecanismos suelen estar relacionados con:

- * El aumento del flujo sanguíneo en la zona anorrectal.
- * El aumento de la presión en la pared abdominal.
- * Inflamación y erosión mecánica del tejido.

Se cree que las hemorroides internas ocurren debido a la pérdida de soporte del tejido conectivo y al prolapso, lo que las hace más susceptibles al trauma por el esfuerzo y/o la evacuación de heces duras. Por lo tanto, se cree que el estreñimiento y estar sentado en el baño durante largos períodos de tiempo predisponen a su desarrollo y síntomas²².

3. Grados de hemorroides

La única clasificación consensuada que existe engloba únicamente a las hemorroides internas, podemos observar 4 grupos atendiendo al grado de prolapso. *Clasif. HI de Goligher⁶.

Tabla 5. Grados de Hemorroides según clasificación de Goligher. Identificando grado de prolapso y síntomas principales.

GRADO	PROLAPSO	SINTOMATOLOGÍA
I	Sin prolapso	Rectorragia
II	<ul style="list-style-type: none"> • Prolapso durante el esfuerzo de la defecación. • Se reducen espontáneamente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rectorragia. • Molestia moderada.
III	<ul style="list-style-type: none"> • Prolapso durante el esfuerzo. • Se reducen de manera manual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rectorragia. • Molestia. • Prurito • Ensuciamiento
IV	<ul style="list-style-type: none"> • Prolapso permanente. • No se reducen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rectorragia. • Molestia. • Prurito. • Ensuciamiento. • Dolor. • Trombosis.

Elaboración propia.

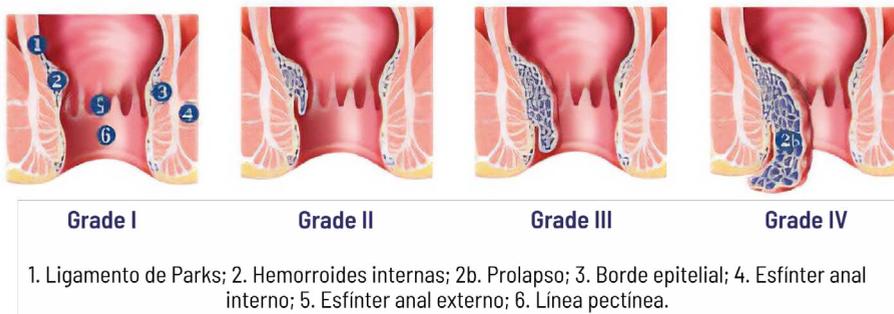


Figura 8. Leyenda de los 4 grados de hemorroides internas.

Imagen cedida por laboratorio Servier.

Existen críticas a esta clasificación ya que un mismo paciente puede tener diferentes grados de prolapso²².

4. Factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad hemorroidal

Diferentes factores de riesgos se asocian con la aparición de enfermedad hemorroidal⁴.

No modificables

- * La **edad**.
- * Propios de la **mujer**:
 - El embarazo.
 - El parto.

Modificables

- * Relacionados con la **dieta**:
 - Una alimentación rica en grasas.
 - Una alimentación pobre en fibra.
- * Relacionados con **el hábito defecatorio**:
 - El estreñimiento.
 - La diarrea frecuente.
 - Pasar tiempos prolongados sentados en la taza del váter para la defecación.
 - Un abuso de los laxantes.
- * Relacionados con la **actividad diaria**:
 - Permanecer mucho tiempo sentado.
 - La realización de sobreesfuerzos durante la actividad física.
- * Relacionados con **situaciones patológicas**:
 - La obesidad, tener un IMC elevado, sobre todo cuando éste se acompaña de un aumento en el perímetro abdominal.
 - La hipertensión portal, debida a cirrosis o trombosis de la vena porta.

5. Identificación del síntoma menor

Signos y síntomas

Existen varios síntomas diferentes asociados a la enfermedad hemorroidal y normalmente se encuentran relacionados entre sí. Generalmente los síntomas agudos (aparecen en los últimos 7 días) involucran principalmente a las HE, mientras que los crónicos (duran más de 7 días) suelen involucrar sólo a las HI²³.

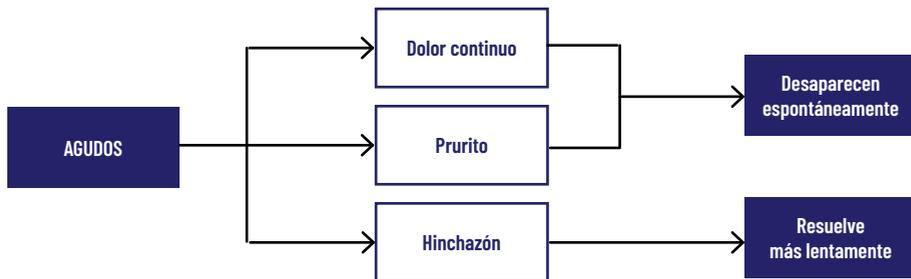


Figura 9. Resumen de los síntomas agudos y de su evolución.
 Elaboración propia.

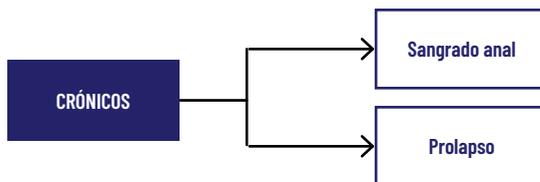


Figura 10. Resumen de los síntomas crónicos y de su evolución.
 Elaboración propia.

A continuación, se describen los **síntomas** más frecuentes²²:

- * **RECTORRAGIA:** se trata de uno de los síntomas más comunes y de los primeros en aparecer. Suele ser indoloro. La sangre se presenta roja y brillante como goteo o como hilillos sanguinolentos en las deposiciones. A veces cuando las hemorroides se han prolapsado ocurre un sangrado no relacionado con la defecación.
- * **PROLAPSO:** se ve como una protrusión mucosa. Es el descenso y consiguiente externalización del plexo hemorroidal interno. Normalmente no es doloroso, si se acompañara de dolor podría indicar: fisura anal, supuración o trombosis. Un prolapso extenso y persistente podría dar lugar a la excreción de moco.
- * **MANCHADO MUCOSO:** debido a la irritación de la mucosa de la zona. Nos puede ocasionar prurito y malestar anal.

- * **DOLOR:** puede aparecer también si estamos ante unas hemorroides que se han trombosado o estranguladas. Por eso tenemos que estar atentos a su intensidad.
- * **PRURITO:** se siente como una quemazón en la zona perianal.
- * **HINCHAZÓN:** el único **signo clínico** sería la hinchazón y en la mayoría de las ocasiones tiene un inicio abrupto. A veces la hinchazón puede formar un pliegue persistente de piel que puede ser asintomático o molestar porque puede tender a acumular suciedad en las HE.

6. Criterios de derivación

* La edad:

- Tener menos de 12 años.
- Siendo mayores de 50 años si nunca antes han sido diagnosticados de enfermedad hemorroidal.

* Ante síntomas alarmantes:

- Una rectorragia prolongada en el tiempo a la que acompañen otros síntomas como palidez o mareo.
- Que la sangre se encuentre dentro las heces o que las mismas tengan un color negruzco.
- Que al sangrado rectal se le asocie una anemia en la analítica.
- Trombosis hemorroidal: aparece de manera brusca un intenso dolor que la vez es constante, a la palpación se nota una especie de bolsa del tamaño de un grano de uva. Existe riesgo de que la zona se ulcere e incluso que se necrose.
- Protrusión o prolapso: existe riesgo de estrangulación y trombosis.
- Cambios muy pronunciados en la motilidad intestinal como pueden ser: estreñimiento crónico, incontinencia fecal o diarrea.
- Tenesmo: es la sensación de deseo de defecar pese a que no haya heces en el recto.

* Duración de los síntomas: superior a una semana

* Enfermedades y/o medicamentos:

- Ante el tratamiento con psicofármacos como antidepresivos o antipsicóticos ya que es necesaria la evaluación de la seguridad de medicamentos que producen estreñimiento.
- Tratamiento con anticoagulantes y/o antiagregantes (si el paciente presenta rectorragia.)

* Situaciones especiales fisiológicas:

- Embarazo.
- Lactancia¹².

7. Tratamiento desde la farmacia comunitaria

Medidas higiénico-dietéticas y recomendaciones

* Nutricionales:

- Llevar una dieta rica en fibra: de 20 a 30 gramos al día.
- Realizar una correcta hidratación: de 6 a 8 vasos al día.
- Evitar el picante y las comidas muy condimentadas.
- Evitar el consumo de alcohol y café²¹.

* Actividad:

- No permanecer en posición sentada largos períodos de tiempo. Romper el sedentarismo, tras una hora de inactividad se recomienda dar un pequeño paseo o realizar pequeñas "píldoras" de ejercicio.
- Realizar al menos 30 minutos de actividad física cinco días en semana.
- Evitar deportes como montar en bicicleta o la equitación que aumenta la presión sobre las venas del ano y el recto.

* Higiene personal:

- No aguantar las ganas de defecar.
- No permanecer mucho tiempo sentado en la taza del váter. (Atención a la lectura y al uso del móvil).
- Intentar adoptar una postura adecuada para defecar, lo más fisiológica posible. (Elevación de piernas, imitando las cuclillas.) Se debe considerar el uso de un taburete para mejorar la defecación, lo que tiene poco o ningún riesgo, aunque se necesitan estudios para evaluar esta técnica²⁵.
- Evitar el papel higiénico, ya que puede erosionar la zona. Es preferible el lavado con agua y el uso de toallitas húmedas.
- Realización de baños de asiento, durante las crisis, con agua tibia. Durante 10-15 minutos, de dos a tres veces al día y la posterior aplicación de hielo local¹².

Tratamiento no farmacológico durante la crisis

- * Baños de agua tibia (3-4 veces al día durante unos 15 minutos).
- * Aplicación de frío local.
- * Una correcta higiene anal con productos específicos para este fin, evitar frotarse.
- * Si la hemorroide se prolapsa: lo mejor es devolverla a su posición habitual ejerciendo una leve presión con el dedo.
- * Se pueden utilizar facilitadores de la defecación: enemas no irritantes.

Tratamientos tópicos

Se utilizan en diferentes formas farmacéuticas como cremas, ungüentos o supositorios, su uso está ampliamente extendido en la práctica clínica. Suelen contener dosis variables de: corticoesteroides, mucoprotectores, anestésicos locales, relajantes musculares y estabilizadores capilares.

- * **CORTICOESTEROIDES:** se utilizan, por ejemplo: triamcinolona, hidrocortisona, prednisona, beclometasona. Poseen efecto antiinflamatorio local y antipruriginoso, su uso debe limitarse a ciclos cortos de tratamiento sin exceder las dos semanas para evitar complicaciones tales como atrofia cutánea, reacciones alérgicas y sensibilización de la zona. Están contraindicados en caso de hemorragia e infecciones bacterianas.
- * **MUCOPROTECTORES:** como el extracto de *Rodofícea*, *ruscus*, el aceite esencia de árbol de té o el sucralfato ejercen una función lenitiva y protectora de la mucosa ano-rectal.
- * **ANESTÉSICOS LOCALES:** se utilizan por ejemplo la benzocaína o la lidocaína. Se usan por su efecto analgésico y antipruriginoso pero su uso ha de limitarse por poder dar lugar a complicaciones como ardor local.
- * **RELAJANTES MUSCULARES:** la nitroglicerina rectal debido a su efecto vasodilatador periférico. Contribuye a la relajación del esfínter interno.
- * **ESTABILIZADORES CAPILARES:** castaño de Indias, hamamelis, ruscogeninas y sus combinaciones.
- * **Otros:** heparinoides como el pentosano polisulfato sódico.

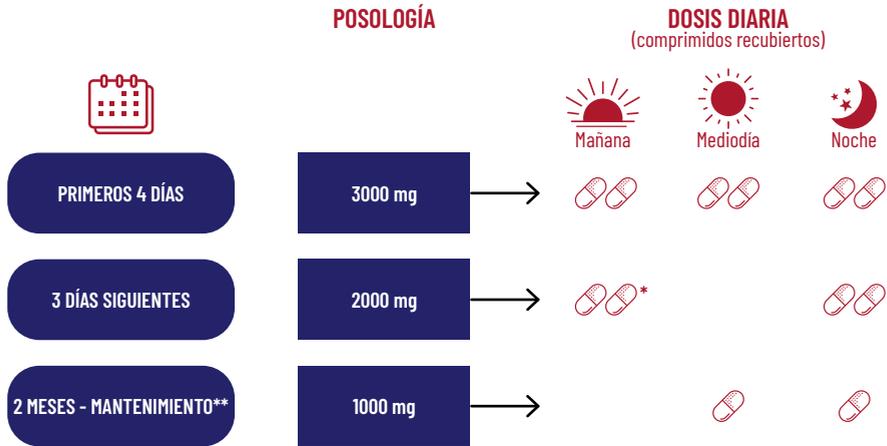
Tratamientos orales

- * **FÁRMACOS VENOACTIVOS:** su uso está justificado ya que las patologías venosas y la disminución del retorno venoso desempeñan roles importantes en la aparición de enfermedad hemorroidal, los agentes más utilizados son la FFPM y la diosmina. La FFPM se compone en un 90 % de diosmina micronizada y en un 10 % de otros flavonoides activos, tienen los siguientes efectos¹:

- Aumento del tono venoso.
- Propiedades de eliminación de radicales libres.
- Disminuyen la permeabilidad capilar.
- Mejora el drenaje linfático.
- Actúa en los procesos inflamatorios de las venas al disminuir la expresión de las moléculas de adhesión.

Según la evidencia clínica disponible, el tratamiento con FFPM es apropiado para el alivio de los síntomas relacionados con las hemorroides como el dolor o la inflamación en la zona del ano en adultos, la dosis recomendada tanto para el tratamiento de sangrado

agudo como de otros síntomas relacionados con la patología hemorroidal es la siguiente:



* Mañana o mediodía. ** Este tratamiento está indicado únicamente para corto plazo. Si el paciente no mejora o empeora después de la primera semana de tratamiento, se debe evaluar la situación clínica.

Figura 11. Posología de FFPM 500mg en Enfermedad Hemorroidal

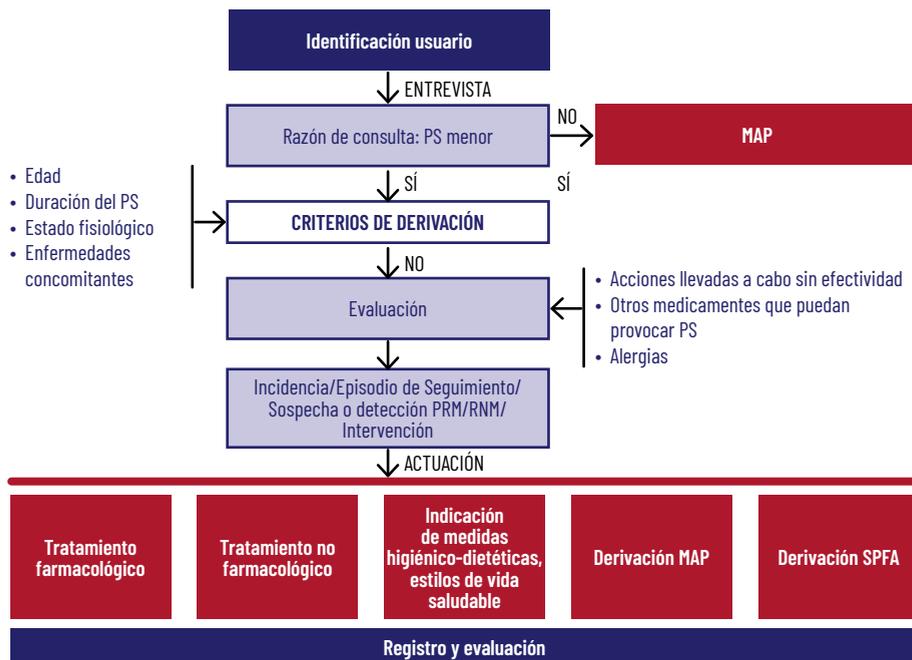
Fuente: Elaboración propia. Ficha técnica Daflon®. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/59080/FichaTecnica_59080.html . Último acceso: Julio 2024.

Según la evidencia clínica disponible, el tratamiento con FFPM permite la disminución del sangrado, del dolor, del picor y de las recurrencias, por lo cual se considera apropiado en hemorroides sangrantes²³.

- * **AGENTES FORMADORES DE MASA FECAL:** se comportan como laxantes incrementando el bolo intestinal, absorbiendo agua y favoreciendo el peristaltismo intestinal y también la humectación de las heces, favoreciendo su eliminación. Ejemplos son: plantago ovata y la metilcelulosa. En embarazo se admite su uso ocasional, ya que no se absorbe. La dosis recomendada de Plantago ovata serían 3,5 g de dos a tres veces al día.
- * **LAXANTES OSMÓTICOS:** son solutos de escasa absorción que ejercen atracción osmótica del agua a la luz intestinal. Al aumentar el volumen, producen distensión de la luz del colon e incremento del peristaltismo intestinal. Como por ejemplo la Lactulosa. Los **agentes formadores de masa fecal** serían de primera elección antes de los **laxantes osmóticos**, quedando los **laxantes estimulantes** desaconsejados. Será necesario advertir al paciente de que en ocasiones podrá padecer molestias gastrointestinales, flatulencia y distensión abdominal y que si tomase otra medicación sería necesario separar la toma de esta para no interferir en su absorción.
- * **ANALGÉSICOS Y ANTIINFLAMATORIOS:** como paracetamol o ibuprofeno. En el caso de que la enfermedad hemorroidal curse con dolor. Si se diera sangrado anorrectal los AINES estarían desaconsejados. Paracetamol sería de elección en el caso de embarazadas.

Algoritmo del Servicio Profesional Farmacéutico Asistencial de Indicación farmacéutica

El SIF debe comenzar siempre que el paciente o cuidador demande en la FC un tratamiento o remedio que alivie su síntoma menor. En función de las necesidades de este y siguiendo los protocolos establecidos por Foro de Atención Farmacéutica en FC, el farmacéutico indicará el tratamiento más adecuado o la derivación en caso necesario pudiendo emitir un informe para el profesional sanitario y/o para el paciente. La formación continuada es fundamental para desarrollar correctamente los SPFA. El SIF comenzará con una batería de preguntas acorde al síntoma menor consultado y finaliza con el seguimiento del paciente, como podemos ver en el algoritmo de la figura 12.

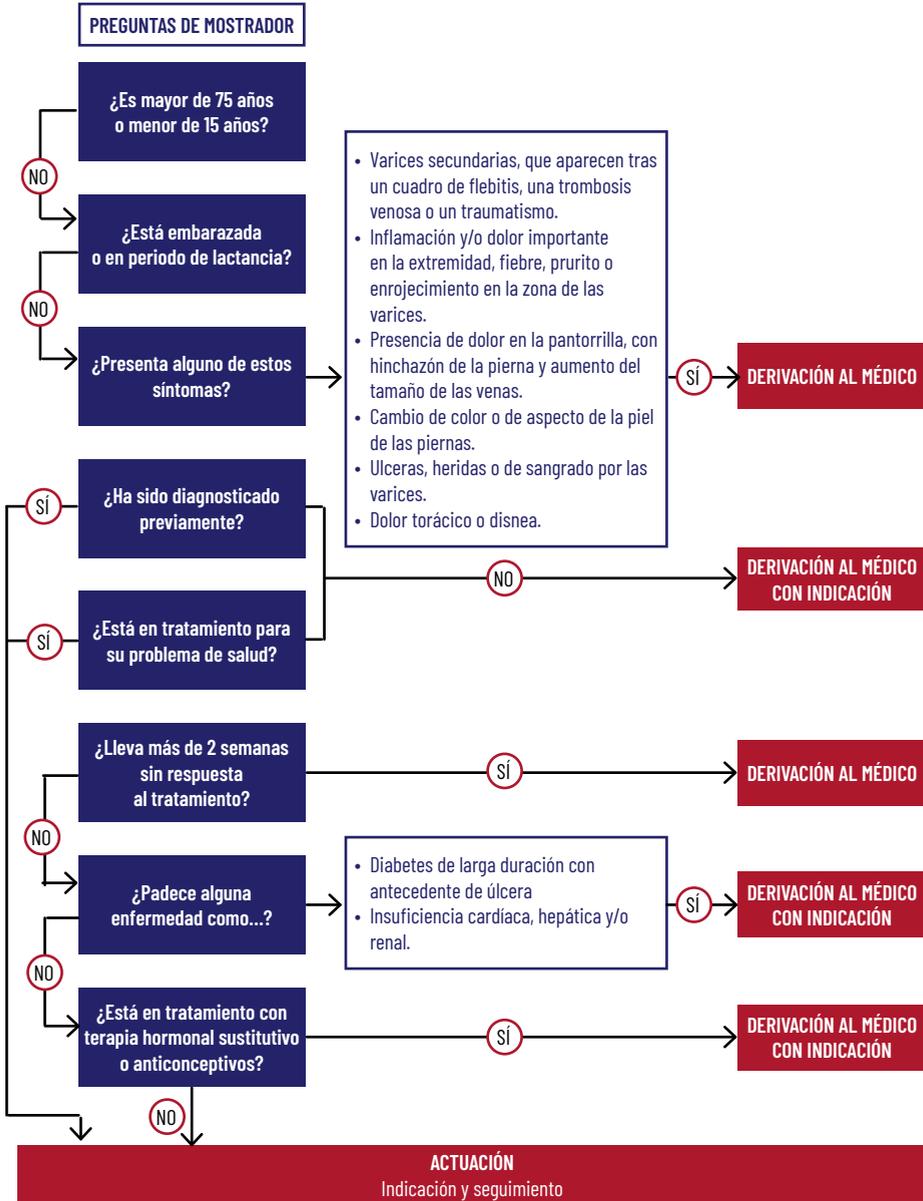


PS menor: Problema de salud menor; MAP: Médico de Atención Primaria; SPFA: Servicio Profesional Farmacéutico Asistencial

Figura 12. Algoritmo del servicio profesional farmacéutico asistencial de indicación farmacéutica.

Foro de Atención Farmacéutica-Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC), panel de expertos. Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales desde la Farmacia Comunitaria. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2024.

Algoritmo de actuación: Batería de preguntas para desarrollar el SIF en EVC



Todas las indicaciones incluyen medidas higienico-dietéticas y la posibilidad de pautar tratamiento farmacológico, oral y/o tópico. Todas las derivaciones deben ir acompañadas de informe para el profesional sanitario.

Figura 13. Algoritmo del SIF en Enfermedad Venosa Crónica

Algoritmo de actuación: Batería de preguntas para desarrollar el SIF en EH

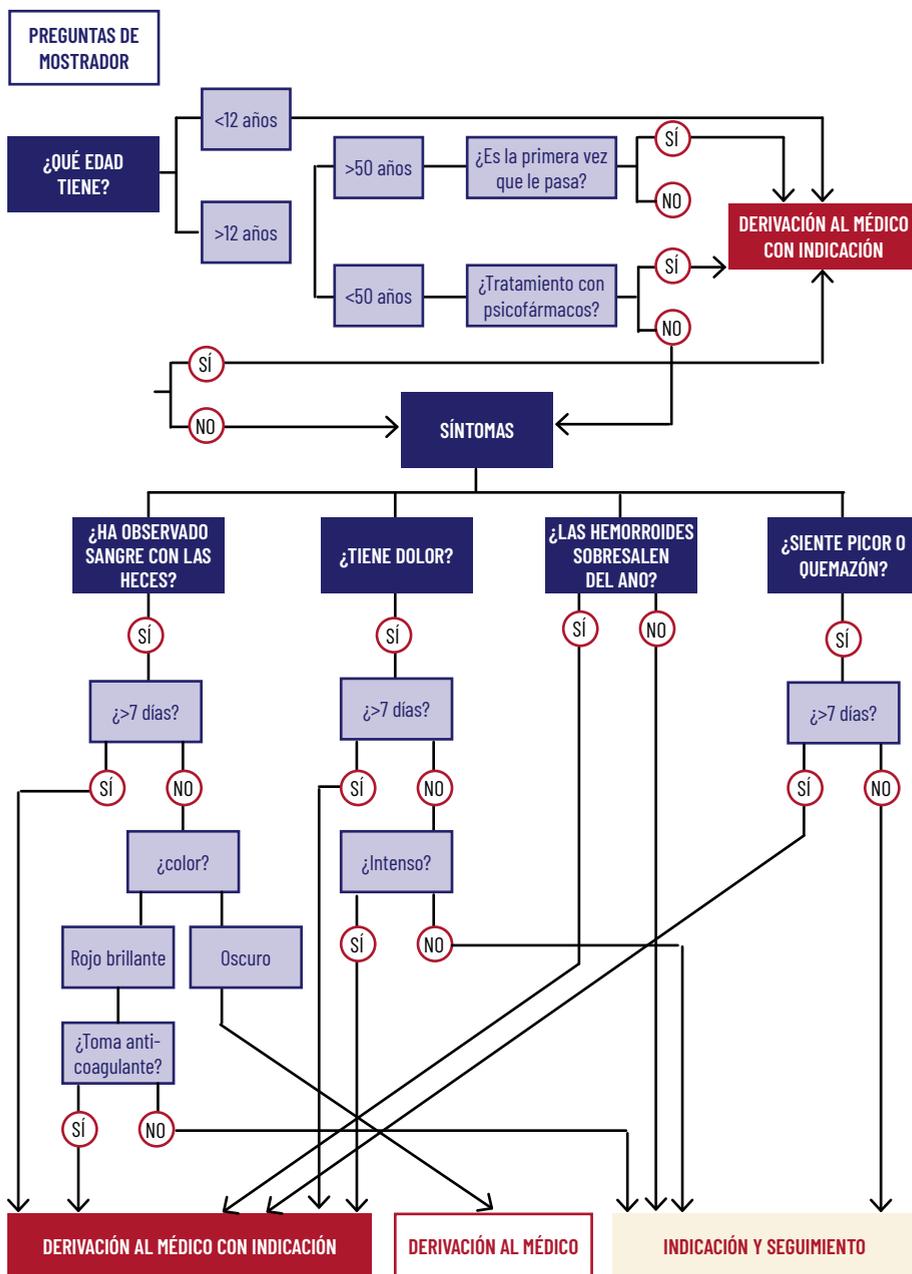
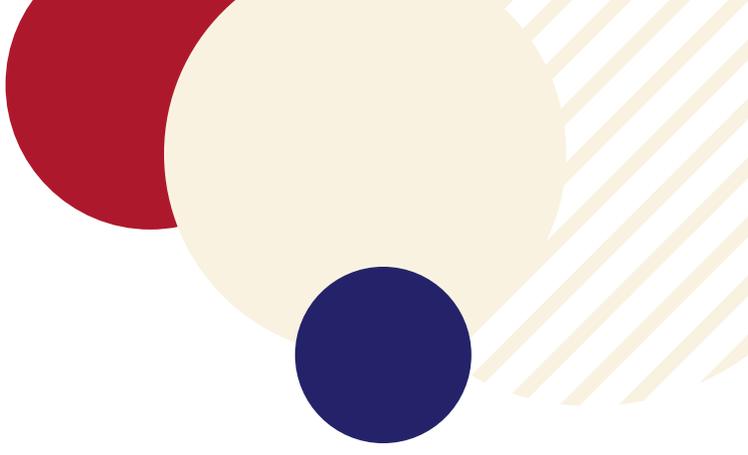


Figura 14. Algoritmo de actuación. Batería de preguntas para desarrollar el SIF en EH.



Otras preguntas de mostrador a tener en cuenta durante la entrevista:

- * ¿Ha dado a luz recientemente?
- * ¿Padece estreñimiento o diarrea? ¿Cuál es su frecuencia de deposiciones?
- * ¿Se hidrata de manera correcta?
- * ¿Asegura una buena ingesta de fibra?
- * ¿Hace ejercicio de manera regular?
- * ¿La hemorroide sobresale del ano?



Adherencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia como el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario²⁶.

Por cumplimiento entendemos “el grado de coincidencia entre la conducta de un paciente en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida y las prescripciones del médico” que vendría a representar un paso anterior a la adherencia. En relación con la adherencia, el cumplimiento expresa la aceptación de llevar a cabo o ejecutar el plan previamente trazado, pero no incorpora la participación activa del paciente en la elaboración de ese plan. La adherencia implica la existencia de un compromiso mutuo de actuación profesional-paciente encaminado a alcanzar el objetivo común²⁷.

Un problema frecuente y con graves repercusiones clínicas y económicas es la baja adherencia a los tratamientos, sobre todo en los pacientes con patologías crónicas, que podrían prevenirse en gran medida. Esto representa un gran desafío, en un escenario en el que las Administraciones están implementando medidas concretas de gestión del gasto (debido principalmente a un aumento considerable de la demanda sanitaria, una mayor incorporación de las nuevas tecnologías y un avance en la innovación), con la finalidad de asegurar el acceso, la calidad y la sostenibilidad del sistema sanitario.

El farmacéutico comunitario, es el profesional sanitario más accesible por parte del paciente, lo que hace que la FC sea un enclave facilitador para la comunicación entre ambos.

¿Por qué hay una no adherencia en estas patologías?

Una de las causas de la falta de adherencia es la falta de información por parte de los profesionales sanitarios que rodean al paciente. Así mismo, desde la desfinanciación de los tratamientos venotónico se ha observado una disminución de la adherencia a los mismos. En esta línea, una comunicación correcta con el paciente, dándole las herramientas necesarias para el autocuidado y poniendo en valor los tratamientos disponibles, hará que sea capaz de tomar decisiones informadas sobre su salud.

Respecto a la enfermedad hemorroidal hemos de tener en cuenta que en muchas ocasiones los pacientes experimentan vergüenza al explicar los síntomas que presentan y la afrontan como algo tabú por lo que no explican de manera adecuada lo que les acontece a los agentes de salud lo que los lleva a automedicarse.

La farmacia comunitaria, juega un papel primordial en la identificación de pacientes que cursan estas dos patologías que en ocasiones banalizan la enfermedad y crean tabúes alrededor de ellas.

En términos generales, se observa **mayor falta de adherencia a los tratamientos crónicos** que a los destinados a procesos agudos o crisis como es el caso del mal uso de la posología terapéutica en crisis hemorroidal.

Se debe incidir en los beneficios de las recomendaciones higiénico-dietéticas y tratamiento compresivo en el caso de la EVC, el mal uso o falta de información sobre la adopción de estas medidas hace que fracasen.

El tratamiento debe iniciarse en etapas tempranas de la enfermedad, controlando los procesos inflamatorios en estadios iniciales, para prevenir cualquier empeoramiento de la misma, preservar la calidad de vida de los pacientes, evitar o retrasar cualquier tratamiento invasivo, y reducir de esta forma los costes sanitarios.

¿Cómo detectar la no adherencia?

Los métodos para medir la adherencia terapéutica pueden dividirse en métodos directos o indirectos.

- * Directos: determinación de la concentración del fármaco o su metabolito en muestra biológica y la terapia directamente observada.
- * Indirectos: entrevista clínica al paciente (incluye la utilización de cuestionarios), recuento de medicación sobrante, utilización de dispositivos electrónicos o análisis de los registros de dispensación.

El uso de cuestionarios para determinar la adherencia es un método muy útil en la práctica diaria, sencillo y barato. Uno de los cuestionarios más conocidos y utilizados tanto en la práctica clínica como en investigación es el cuestionario de Morisky-Green.

Diagrama de guía rápida para la detección y mejora de la adherencia en el servicio de dispensación en la farmacia comunitaria

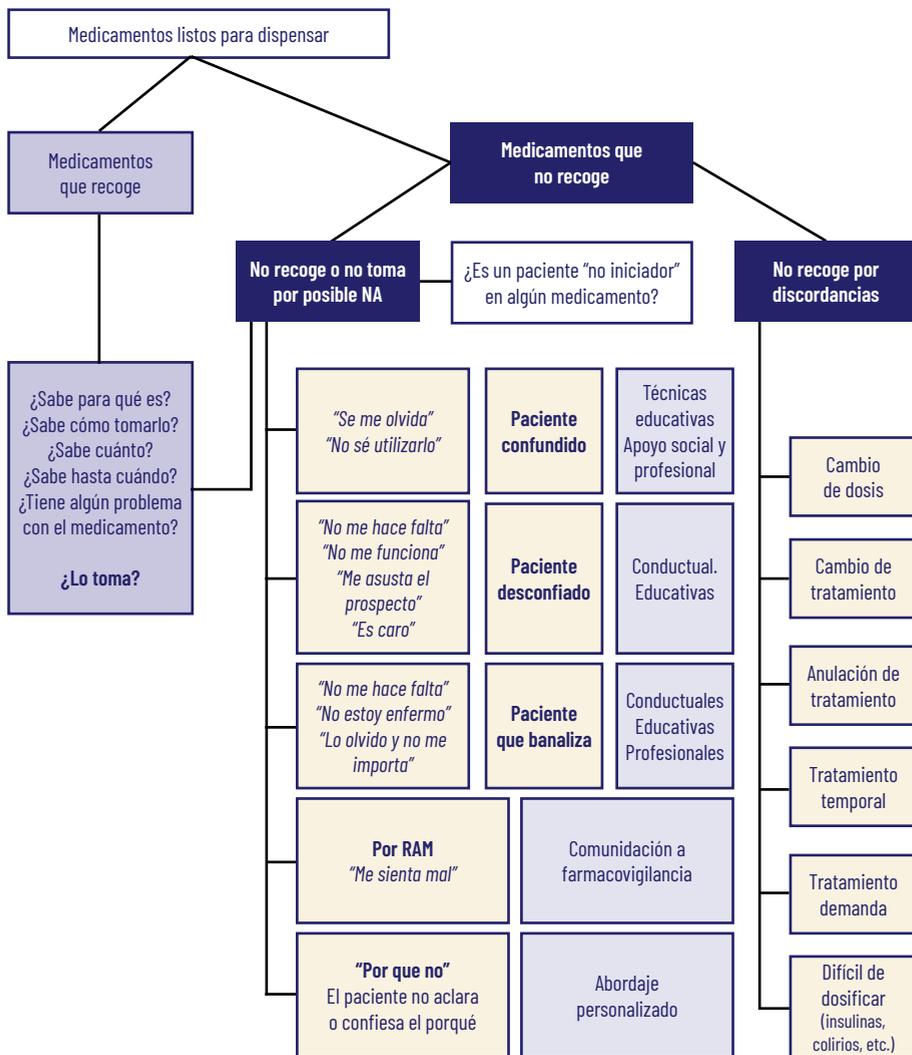


Figura 15. Diagrama de guía rápida para la detección y mejora de la adherencia en el servicio de dispensación en la farmacia comunitaria.

Prats Mas R, García Zaragoza E, Gil Girbau M, et al. Dispensación, adherencia y uso adecuado del tratamiento: guía práctica para el farmacéutico comunitario. Barcelona: Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC); 2017.

Reforzar la adherencia, la farmacia comunitaria como pieza clave

Para mejorar la adherencia se requiere una perspectiva multidisciplinar. Es imprescindible una acción coordinada en la que todos los profesionales sanitarios que rodean al paciente colaboren de manera ordenada y enviando un único y claro mensaje. **Cada uno de ellos representa un elemento esencial en el contexto de la adherencia, sobre todo en pacientes con enfermedades crónicas y polimedicados**, cuya meta es la unión de recursos para conseguir estrategias de identificación en el incumplimiento terapéutico y posterior intervención eficaz.

En beneficio del paciente y como farmacéuticos comunitarios dentro del circuito asistencial, debemos transmitir un mensaje claro a los pacientes de manera que reforcemos su adherencia al tratamiento, en este caso sería interesante:

- * Utilizar en la FC cuestionarios que midan la adherencia como hemos comentado anteriormente.
- * Utilizar el algoritmo para la detección y mejora de la adherencia terapéutica para ver dónde podemos ayudar a nuestros pacientes.
- * Realizar siempre que sea posible un seguimiento de los tratamientos/pacientes, para así valorar si mejora el problema de salud.
- * Reducir la complejidad del régimen terapéutico, poniendo el valor aquellas presentaciones de medicamentos que favorezcan la adherencia.
- * Potenciar el autocuidado del paciente, de manera que se consensuen los tratamientos en función de las preferencias de este.

Una mayor percepción de eficacia favorece la adherencia terapéutica. Es frecuente que el paciente abandone el tratamiento si no observa un resultado beneficioso derivado de su utilización a corto plazo²⁸.

La adherencia del paciente aumenta con la propia eficacia o eficiencia de los tratamientos, por tanto se deben indicar aquellos tratamientos con demostrada evidencia científica que recogen las últimas guías.

Casos clínicos

Cómo implantar el SIF. Caso clínico EVC

Acude a la farmacia una mujer de 43 años, madre de dos hijos, activa laboralmente y en bipedestación, con EVC diagnosticada hace 7 años. Refiere pesadez y parestesia en extremidades inferiores e hinchazón de tobillos al final del día. No tiene dolor y el aspecto de la piel está íntegro, aunque con signos visibles de la enfermedad. Nos solicita un tratamiento para aliviar sus síntomas. No está en tratamiento actualmente ni padece ninguna otra enfermedad crónica. Conoce la terapia compresiva pero no es adherente. No realiza ningún tipo de actividad física.



Figura 16. © Depositphotos. Pierna con signos de EVC.

* ¿Qué está ocurriendo?

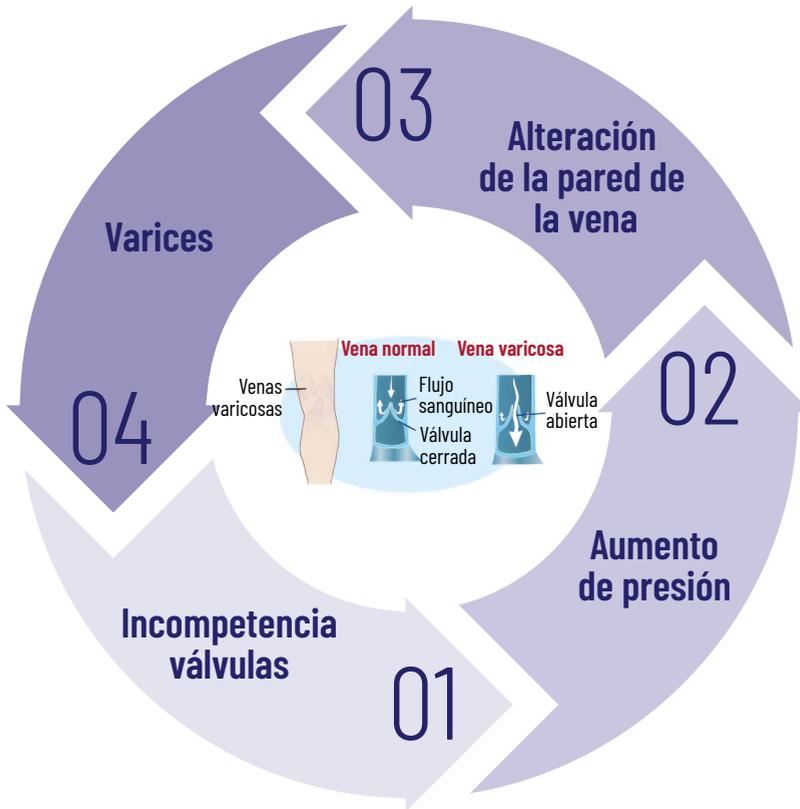


Figura 17. Círculo patológico de la EVC.

Adaptado de: Bjork R, Ehmann SSTRIDE. Professional Guide to Compression Garment Selection for the Lower Extremity. J Wound Care [Internet]. 2019;28(Sup6a):1-44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12968/jowc.2019.28.Sup6a.S1>

La EVC es un proceso inflamatorio crónico y progresivo, la bipedestación, los embarazos y unos hábitos poco saludables están empeorando los síntomas.

Comenzamos el Servicio de Indicación Farmacéutica (SIF) apoyándonos en el algoritmo de actuación de Foro de AF-FC para hacer una breve entrevista al paciente.

Tras descartar posibles criterios de derivación al médico, explicamos los pilares del tratamiento para la EVC:

- * Medidas higiénico-dietéticas.
- * Terapia compresiva.
- * Tratamiento farmacológico.

Empezando con la educación para la salud al paciente, detectamos una falta de información, así como una respuesta negativa al uso de la terapia compresiva dado que no sabe cómo colocarlas además de tener una idea equivocada sobre los beneficios o evidencia acerca del uso de las medias de compresión. En el caso del tratamiento farmacológico, tanto la desinformación como la desfinanciación, hacen que no haya una correcta adherencia.

✳ ¿Cuál es el papel de la farmacia comunitaria?

- ✳ Comenzar el SIF con una breve entrevista al paciente.
- ✳ Detectar criterios de derivación y/o situaciones de riesgo.
- ✳ Informar al paciente sobre su problema de salud y cómo resolverlo.
- ✳ Indicar un tratamiento adecuado con venotónicos con demostrada evidencia y grado de recomendación.
- ✳ Reforzar la adherencia al tratamiento no farmacológico y medidas higiénico-dietéticas.
- ✳ Hacer seguimiento del paciente a las dos semanas.

Cómo implantar el SIF. Caso clínico EH

Paciente varón de 45 años acude a la FC asustado al observar un sagrado de un rojo brillante tras la deposición, si bien hace unos días montando en bicicleta (como habitúa) comenzó a notar las molestias que ha sentido algunas veces que ha padecido “hemorroides” y nos solicita una pomada con corticoide para poder aplicarse con el fin de aliviar su malestar.



Figura 18. © Depositphotos. Hombre con dolor hemorroidal.

* Comenzamos el SIF

Tras haber realizado una escucha activa de lo que él nos ha manifestado, intentamos recabar más datos.

“ Hace unos días”, ¿Cuántos días son?

Sabemos que el sangrado es rojo.

Practica ejercicio, pero este aumenta la presión en la zona anorrectal.

* Detectamos criterios de derivación y/o situaciones de riesgo

En este caso no hemos observado ningún criterio que nos indique que debemos derivar a nuestro paciente al médico de atención primaria. Si bien le informamos que contamos con un servicio de asesoramiento nutricional con el que puede contar si tiene dudas sobre si está llegando a las dosis de fibra óptimas en su dieta para prevenir el estreñimiento.

Informamos al paciente acerca de su problema de salud y cómo resolverlo

Le explicamos en qué consiste la patología que está sufriendo y le explicamos las medidas higiénico-dietéticas que puede incluir en su estilo de vida con el fin de reducir la sintomatología.

Le explicamos que no sería adecuado que se aplicara una crema con corticoide, ya que presenta sangrado y le indicamos un tratamiento a base de MPFF durante una semana:

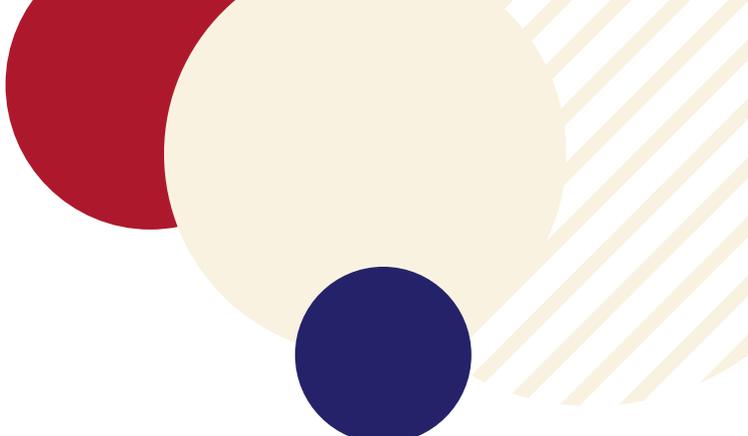
- * Durante los 4 primeros días: 2 comprimidos, 3 veces al día.
- * Durante los 3 días siguientes: 2 comprimidos, 2 veces al día.
- * Después de esto, se puede continuar el tratamiento con una dosis de 2 comprimidos al día.

* Emitimos un informe del SIF

Donde se describe su problema de salud y el tratamiento de indicación.

* Hacemos un correcto seguimiento

Le invitamos a que en el plazo de una semana vuelva a comentarnos qué tal se encuentra.



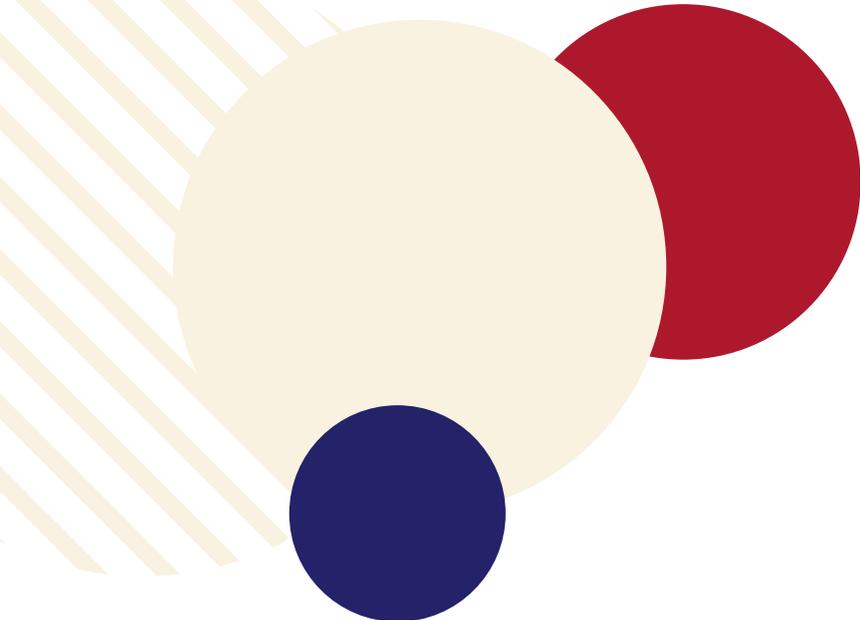
Bibliografía

1. Nicolaides A, Kakkos S, Baekgaard N, Comerota A, de Maeseneer M, Eklof B, et al. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines According to Scientific Evidence. Part I. Int Angiol [Internet]. 2018;37(3):181-254. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29871479/>
2. Bergan JJ, Schmid-Schönbein GW, Smith PDC, Nicolaides AN, Boisseau MR, Eklof B. Enfermedad venosa crónica. N Engl J Med [citado el 25 de abril de 2024] [Internet]. 2006;355(5):488-98. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMra055289>
3. Nasserri YY, Krott E, Van Groningen KM, Berho M, Osborne MC, Wollman S, et al. Abnormalities in collagen composition may contribute to the pathogenesis of hemorrhoids: morphometric analysis. Tech Coloproctol [Internet]. 2015;19(2):83-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10151-014-1238-5>
4. Lohsiriwat V. Hemorrhoids: from basic pathophysiology to clinical management. World J Gastroenterol [Internet]. 2012;18(17):2009-17. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v18.i17.2009>
5. Pérez Escanilla F, Maya Andrade RA. Documentos SEMG. Manejo y derivación en insuficiencia venosa crónica. Madrid: Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia; 2017. Manejo y derivación insuficiencia venosa crónica en AP. 2017. Disponible en: https://www.semg.es/images/stories/recursos/2017/documentos/Monografia_INSF.VENOSA.CRONICA.pdf
[documentos/Monografia_INSF.VENOSA.CRONICA.pdf](https://www.semg.es/images/stories/recursos/2017/documentos/Monografia_INSF.VENOSA.CRONICA.pdf). Último acceso: febrero 2024
6. Torres JM, Caballer Rodilla J, Vargas M, Vallejo O, Gil I. Enfermedad venosa crónica en los nuevos tiempos. Propuesta Venocheck, Medicina de Familia. Medicina de Familia SEMERGEN. 2022;48(5):344-55.
7. Ruiz Grande F, Ruiz Díez S, Ortega MA, García-Honduvilla N, Buján MJ, Sánchez S. Enfermedad venosa crónica, Medicine. Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2021;13:2243-57. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304541221002079>

8. Sheikh P, Régnier C, Goron F, Salmat G. The prevalence, characteristics and treatment of hemorrhoidal disease: results of an international web-based survey. *J Comp Eff Res* [Internet]. 2020;9(17):1219–32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2217/ceer-2020-0159>
9. Miquel Abbad C, Rial Horcajo R, Ballesteros Ortega MD, García Madrid C. Guía de práctica clínica en enfermedad venosa crónica del Capítulo de Flebología y Linfología de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular. *Angiología* [Internet]. 2016;68(1):55–62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.angio.2015.09.011>
10. Wittens C, Davies AH, Bækgaard N, Broholm R, Cavezzi A, Chastanet S, et al. Editor's choice - management of chronic venous disease: Clinical practice guidelines of the European society for vascular surgery (ESVS). *Eur J Vasc Endovasc Surg* [Internet]. 2015;49(6):678–737. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejvs.2015.02.007>
11. Ramírez Torres JM, Caballer Rodilla J, Frías Vargas M, García Vallejo O, Gil Gil I. Enfermedad venosa crónica en los nuevos tiempos. Propuesta Venocheck. *Semergen* [Internet]. 2022;48(5):344–55. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2022.03.008>
12. Faus MJ, Gómez JC, Martínez F. Protocolos de indicación farmacéutica y criterios de derivación al médico en síntomas menores. Granada: Avicam; 2018. ISBN: 9788416992881.
13. Carrasco E, Escudero I, Rodríguez I. Documento de consenso sobre insuficiencia venosa crónica. Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC). Barcelona. EDITTEC. 2016
14. Gloviczki P, Lawrence PF, Wasan SM, Meissner MH, Almeida J, Brown KR, et al. The 2023 Society for Vascular Surgery, American Venous Forum, and American Vein and Lymphatic Society clinical practice guidelines for the management of varicose veins of the lower extremities. Part II. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord* [Internet]. 2024;12(1):101670. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvsv.2023.08.011>
15. Gianesini S, Obi A, Onida S, Baccellieri D, Bissacco D, Borsuk D, et al. Global guidelines trends and controversies in lower limb venous and lymphatic disease: Narrative literature revision and experts' opinions following the vWInTer international meeting in Phlebology, Lymphology & Aesthetics, 23-25 January 2019. *Phlebology* [Internet]. 2019;34(1-suppl):4–66. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/335697589_Global_guidelines_trends_and_controversies_in_lower_limb_venous_and_lymphatic_disease_Narrative_literature_revision_and_experts'_opinions_following_the_vWInTer_international_meeting_in_Phlebology_Lymp
16. Mansilha A, Sousa J. Mecanismos fisiopatológicos de la enfermedad venosa crónica e implicaciones para la terapia con fármacos venoactivos. *Revista internacional de ciencias moleculares*. 5 de junio de 2018; 19 (6): 1669.

17. Zupanets I, Shebeko S, Zimin S. Comparative study of the original technology of micronization of the purified flavonoid fraction of "Detralex[®]" and the technology of micronization of drugs D and N of the Ukrainian manufacturers. *Asian J Pharm Clin Res*, Vol 11, Issue 10, 2018. [citado el 25 de abril de 2024] Disponible en: <https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwik4PKZybmFAxU1dqQEHSMDP-4QFnoECBEQAQ&url=https%3A%2F%2Fservier.virtualmedica.com%2Ftracking.asp%-3FxlD%3D41&usg=AOvVaw1SWnmLez8PGIKlmlYFQq6&opi=89978449>
18. Pietrzycka A, Kozka M, Urbanek T, Stepniewski M, Kucharzewski M. Efecto de la terapia con fracción flavonoica purificada micronizada sobre los niveles de endotelina-1 y TNF- α en relación con el equilibrio de enzimas antioxidantes en la sangre periférica de mujeres con venas varicosas. *Farmacología vascular actual*. 1 de octubre de 2015; 13(6): 801-8.
19. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF). BOTPLUS [Internet]. *Farmacuticos.com*. [citado el 1 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://botplusweb.farmacuticos.com/>
20. De Maeseneer MG, Kakkos SK, Aherne T, Baekgaard N, Black S, Blomgren L. Editor's Choice - European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2022 Clinical Practice Guidelines on the Management of Chronic Venous Disease of the Lower Limbs. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2022;63(1):3-81.
21. Bjork R, Ehmann SSTRIDE. Professional Guide to Compression Garment Selection for the Lower Extremity. *J Wound Care* [Internet]. 2019;28(Sup6a):1-44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12968/jowc.2019.28.Sup6a.S1>
22. Cantero Cid R, Fernández Jorde S, Flor-Lorente B, Fontanillas Garmilla N, Frías Vargas M, Granja Ortega C, et al. Patología anorrectal para Medicina de Familia y Cirugía General. LABORATORIOS SERVIER, S.L. Septiembre 2023. ISBN: 978-84-09-53593-4 [Citado el 20 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://semergen.es/files/docs/grupos/vasculopatias/patologiaAnorrectal.pdf>.
23. Alonso-Coello P, Marzo-Castillejo M, José Mascort J, José Hervás A, Manuel Viña L, Antonio Ferrús J, et al. Guía de práctica clínica sobre el manejo de las hemorroides y la fisura anal (actualización 2007). *Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2008;31(10):668-81. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0210-5705\(08\)75815-1](http://dx.doi.org/10.1016/s0210-5705(08)75815-1)
24. Godeberge P, Sheikh P, Zagriadskii E, Lohsiriwat V, Montañó AJ, Košorok P, et al. Hemorrhoidal disease and chronic venous insufficiency: Concomitance or coincidence; results of the CHORUS study (Chronic venous and Hemorrhoidal diseases evaluation and Scientific research). *J Gastroenterol Hepatol*. 2020;35(4):577-585

25. Wald A, Bharucha AE, Limketkai B, Malcolm A, Remes-Troche JM, Whitehead WE, et al. ACG clinical guidelines: Management of benign anorectal disorders. Am J Gastroenterol [Internet]. 2021[citado el 13 de marzo de 2024];116(10):1987-2008. Disponible en: https://journals.lww.com/ajg/fulltext/2021/10000/acg_clinical_guidelines__management_of_benign.13.aspx
26. Grupo OAT Observatorio de la Salud S.L., Fundación Weber. Libro Blanco de la Adherencia en España [Internet]. Madrid: Grupo OAT y Fundación Weber; 2021. Disponible en: https://weber.org.es/wp-content/uploads/2023/02/17.20220404.Proy-Adher.LB_Version-digital-OK.pdf
27. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino M. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharm. 2018 ; 59(3): 163-172. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942018000300163
28. Prats Mas R, García Zaragoza E, Gil Girbau M, et al. Dispensación, adherencia y uso adecuado del tratamiento: guía práctica para el farmacéutico comunitario. Barcelona: Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC); 2017.



SEFAC

Sociedad Española de Farmacia
Clínica, Familiar y Comunitaria

SERVIER 
moved by you