

16. PATOLOGÍA VENOSA DE LOS MIEMBROS INFERIORES...

16. PATOLOGÍA VENOSA DE LOS MIEMBROS INFERIORES Y SU REPERCUSIÓN AL VOLANTE

La trombosis venosa o *tromboflebitis* es la presencia de un trombo en una vena, que se acompaña de una respuesta inflamatoria (flebitis). Las *trombosis venosas profundas* (TVP) son más graves que las producidas en el sistema superficial debido a las posibles complicaciones, como el tromboembolismo pulmonar (TEP) y el síndrome posttrombótico, y a la destrucción permanente de las válvulas venosas con la consiguiente insuficiencia venosa crónica.

Existe una tríada que interviene en la formación de un trombo venoso: la estasia sanguínea (enlentecimiento del flujo), el daño del endotelio venoso y la hipercoagulabilidad. Por otra parte, existen unos factores de riesgo que favorecen que se desencadenen dicha tríada: cirugía mayor, neoplasias malignas, IAM, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, ictus, inmovilización prolongada, TVP o TEP previos, varices, embarazo y postparto, anticonceptivos orales y las enfermedades con hipercoagulabilidad.

La *flebitis superficial* es un proceso benigno caracterizado por eritema, dolor y edema a lo largo de la vena afectada. El tratamiento consiste en reposo con la pierna en alto y antiinflamatorios.

La *trombosis venosa profunda* (TVP) produce inicialmente distensión venosa superficial, cianosis y aumento de volumen del miembro afecto con dolor e impotencia funcional. Es un proceso más grave, con riesgo de tromboembolismo pulmonar (TEP), y requiere tratamiento prolongado con medicación anticoagulante.

La TVP masiva evoluciona hacia la "flegmasia cerúlea dolens" con gran edema, espasmo arterial asociado y trombosis del lecho distal, que lleva a la necrosis en la mitad de los casos. Requiere heparinización, fibrinolíticos y en ciertos casos trombectomía y fasciotomía para intentar revascularizar la extremidad.

El *linfedema* en las extremidades inferiores es crónico e indoloro, de origen primario, o secundario a lesiones, cirugía u obstrucción linfática. El linfedema esencial es blanco, firme y vespertino como el venoso, pero no duele ni provoca cianosis, y disminuye un poco por las noches. Predomina en el antepié, primero en los dedos y después en la cara dorsal. Al principio el edema es intenso pero blando y produce cierto cansancio. Con el tiempo evoluciona hacia una induración edematosa crónica y rígida, que no se altera por los cambios posturales y dificulta los movimientos. Hay casos muy llamativos que impiden la conducción por no poder mover los pies, y a su vez, la postura de la conducción los empeora. Los pacientes con linfadenectomías amplias por cirugía o radioterapia pueden manifestar linfedema tanto en miembros superiores como inferiores, que pueden ser tórpidos e incapacitantes en algunos casos.

La complicación más importante del linfedema es la celulitis y la linfangitis de repetición, que se muestra con enrojecimiento, dolor y aumento en la tumefacción de la extremidad afectada, con afectación general y fiebre.

Es obligatoria la higiene meticulosa de los pies para evitar las infecciones, elevar los miembros inferiores, usar medias elásticas y hacer terapias de drenaje.

16. PATOLOGÍA VENOSA DE LOS MIEMBROS INFERIORES...

La *insuficiencia venosa crónica* se caracteriza por pesadez, tensión en la pantorrilla, torpeza de movimientos, y cansancio a lo largo del día. Son frecuentes los hormigueos, las parestesias y el edema, al estar en bipedestación o sedestación prolongada. Al final aparecen dolores y calambres, con parestesias y prurito nocturnos. También son frecuentes las dermatitis por la sequedad y el prurito, por la infección de las erosiones o el rascado, y con frecuencia por alergia a las medicaciones tópicas aplicadas.

Las dilataciones varicosas pueden ser asintomáticas o producir flebitis, hematomas, dolor en la zona, hemorragias por golpe o úlceras.

Las úlceras varicosas se localizan en los extremos distales de los miembros inferiores. Se pueden cronificar o infectarse, e incluso complicar en una linfangitis, con zonas rojas y sensibles estriadas, y linfadenopatía dolorosa.

El tratamiento más eficaz son las medias de compresión decreciente, medidas posturales con los miembros inferiores elevados sobre el plano horizontal, aplicar masajes con frío, evitar la obesidad, hacer ejercicio y evitar el sedentarismo y la bipedestación prolongada.

En ocasiones es preciso intervenir con terapia esclerosante y/o safenectomía (escisión total o parcial de una vena safena en el tratamiento quirúrgico de las varices).

Consejos sobre las flebitis y tromboflebitis en la conducción

- ▶ Se desaconseja conducir desde el inicio de los síntomas de las flebitis o tromboflebitis hasta la remisión completa de los mismos.
- ▶ Evitar conducir mientras persista el riesgo de tromboembolismo pulmonar (TEP).
- ▶ En el caso de existir secuelas posflebíticas o posquirúrgicas, el médico debe advertir de la recuperación completa de la extremidad que permita la conducción sin limitaciones, o de la eventual disminución en la capacidad de conducir y de las posibles adaptaciones y restricciones en cada caso.
- ▶ Los pacientes anticoagulados tienen mayor riesgo de sufrir hemorragias ante pequeños golpes, por lo que deben extremar su prudencia durante la conducción.

Consejos sobre el linfedema de extremidades inferiores en la conducción

- ▶ La postura de sedestación durante la conducción empeora mucho el linfedema, por lo que los pacientes no pueden realizar largos recorridos en cualquier caso. En los viajes se recomienda que aumenten el número de paradas, caminen y si pueden coloquen las piernas en alto.
- ▶ No es conveniente que la calefacción del vehículo se dirija a los pies.
- ▶ Los pacientes con linfedema crónico tienen limitada la movilidad de las piernas y los pies, por lo que no se desaconseja la conducción al no poder accionar los pedales o hacerlo con dificultad, lentitud y poca precisión.
- ▶ La evolución favorable del paciente con disminución del linfedema hará al médico decidir en qué momento aconseja la conducción, con las recomendaciones oportunas.

Consejos sobre la insuficiencia venosa en la conducción

- ▶ La postura de sedestación prolongada del conductor empeora la insuficiencia venosa. La deambulación marcha alivia el dolor de inmediato. También mejora con la elevación de los miembros inferiores sobre el plano horizontal.

16. PATOLOGÍA VENOSA DE LOS MIEMBROS INFERIORES...

- ▶ Dentro del vehículo es conveniente mantener un ambiente fresco. En invierno, hay que impedir que la calefacción se dirija directamente a los pies.
- ▶ Durante los viajes largos, es muy importante hacer paradas con más frecuencia para mover las piernas y ponerlas en alto.
- ▶ Se debe procurar conducir a primeras horas del día y evitar la conducción por la tarde o noche, ya que es el periodo en el que los miembros inferiores muestran más síntomas de insuficiencia venosa.
- ▶ No se debe conducir con sensación de piernas pesadas, cuando el edema de las piernas y pies sea llamativo, o si las varices producen molestias.
- ▶ Los pacientes con varices complicadas (hemorragia, flebitis, contusiones) deben guardar reposo y evitar la conducción hasta que la extremidad se encuentre libre de síntomas.
- ▶ El paciente intervenido mediante fleboextracción de safenas no puede conducir hasta que la extremidad haya recuperado su movilidad, sensibilidad y adecuada fuerza muscular.
- ▶ No se puede conducir con vendajes que inmovilicen la pierna o el pie.
- ▶ Las úlceras que interfieren, por su localización o por los síntomas, con el juego de los pedales imposibilitan la conducción.
- ▶ Los conductores con úlceras infectadas, localizadas en sitios de apoyo o con recomendación de reposo con pie elevado, no deben conducir hasta la curación completa y con indicación expresa de su médico.
- ▶ Los apósitos que dejan un adecuado movimiento de la extremidad no imposibilitan la conducción.
- ▶ La linfangitis aguda obliga a un periodo de reposo y vigilancia estrecha durante el tratamiento, que impide conducir hasta la recuperación completa de la extremidad.

Tabla de restricción en la conducción según patología. Dr. Antonio Recio

PATOLOGIA	RESTRICCIÓN CONDUCCIÓN	TIEMPO DE RESTRICCIÓN
Arritmias	Sí	3 meses tras la estabilización
Angina de pecho	Variable en función de la gravedad	
Infarto de miocardio	Sí	3 meses
Revascularización miocárdica	Sí	3 meses
Insuficiencia cardiaca grado III/IV	Sí	Permanente
Miocardiopatía	Sí	Hasta su resolución
Endocarditis. Pericarditis	Sí	Hasta su resolución
Cirugía de prótesis valvular	Sí	3 meses
Flebitis, trombosis venosa, safenectomía	Sí	1 mes
Tromboembolismo pulmonar	Sí	Hasta la estabilización de la anticoagulación