



Decisiones Acertadas

Cuidando desde el conocimiento

Asociación Colombiana de Medicina Vascular (ACMV)



Cinco cosas que los pacientes y los médicos deben tener en cuenta



No implantar filtro de vena cava en todo paciente con trombosis venosa profunda

El filtro de vena cava inferior tiene indicaciones precisas y limitadas: contraindicación absoluta para anticoagular, en trombosis venosa proximal aguda (episodio en las últimas 4 semanas). Su uso indiscriminado no previene la TVP ni trata el evento trombótico, y se asocia a tasas relevantes de trombosis recurrente y complicaciones a largo plazo. La anticoagulación sigue siendo el tratamiento de primera línea para la TVP en la gran mayoría de los pacientes.



No realizar estudio de trombofilias heredadas a todo paciente con trombosis venosa profunda no provocada.

El estudio de trombofilias hereditarias solo debe solicitarse cuando su resultado vaya a modificar directamente la conducta clínica. En la TVP no provocada, la decisión de anticoagulación indefinida no cambia según el resultado, por lo que el estudio no aporta valor en la mayoría de los casos. Su uso indiscriminado genera costos innecesarios, resultados falsos positivos y ansiedad en el paciente sin impacto real en el desenlace clínico.



No realizar arteriografía diagnóstica en pacientes con sospecha de enfermedad arterial periférica sin realizar estudios no invasivos como primera opción

El abordaje diagnóstico de la EAP debe ser escalonado, iniciando con el índice tobillo-brazo, el eco doppler dúplex y las pruebas fisiológicas no invasivas como la pletismografía arterial con medición de presiones secundarias y fotopletiografía, antes de recurrir a la arteriografía. Este procedimiento invasivo conlleva riesgos de nefrotoxicidad, sangrado y complicaciones del acceso vascular que no se justifican como primer paso diagnóstico. Debe reservarse exclusivamente para la planificación preoperatoria o el guía de intervenciones de revascularización.



No ordenar ecografía Doppler de circulación extracraneana para el estudio de síncope y/o vértigo periférico

La ecografía Doppler carotídea no tiene utilidad diagnóstica en el síncope típico ni en el vértigo periférico sin hallazgos neurológicos focales, y las principales guías internacionales la clasifican como una indicación inapropiada en estos contextos. El síncope tiene origen cardiovascular o reflejo en la mayoría de los casos, y el vértigo periférico es de origen vestibular, no vascular cervical. Su solicitud rutinaria genera costos innecesarios y puede derivar en hallazgos incidentales que conduzcan a intervenciones injustificadas.



No usar cilostazol en pacientes con enfermedad arterial periférica sin síntomas de claudicación intermitente.

El cilostazol tiene una indicación clínica estrictamente delimitada al tratamiento sintomático de la claudicación intermitente, único contexto en que la evidencia respalda su eficacia con Clase I, Nivel A en las guías ACC/AHA y ESC/ESVS 2024. Su uso en EAP asintomática o en isquemia crítica de miembro no cuenta con evidencia de beneficio. Está formalmente contraindicado en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva de cualquier grado dado el riesgo de mortalidad asociado a la inhibición de la PDE3.

Referencias.

1. Morales JP, Li X, Irony TZ, et al. Inferior vena cava filters: a framework for evidence-based use. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*. 2020;2020(1):619–628. doi:10.1182/hematology.2020000177
2. PREPIC Study Group. Eight-year follow-up of patients with permanent vena cava filters in the prevention of pulmonary embolism: the PREPIC randomized study. *Circulation*. 2005;112(3):416–422.
3. Mismetti P, Laporte S, Pellerin O, et al. Effect of a retrievable inferior vena cava filter plus anticoagulation vs anticoagulation alone on risk of recurrent pulmonary embolism: a randomized clinical trial (PREPIC2). *JAMA*. 2015;313(16):1627–1635.
4. Rajasekhar A. Inferior vena cava filters. *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; Updated 2023 Aug 8.
1. Middeldorp S, Nieuwlaat R, Baumann Kreuziger L, et al. American Society of Hematology 2023 guidelines for management of venous thromboembolism: thrombophilia testing. *Blood Adv*. 2023;7(22):7101–7138. doi:10.1182/bloodadvances.2023010177
2. Becattini C, Cimini LA. Provoked vs minimally provoked vs unprovoked VTE: does it matter? *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*. 2023;2023(1):600–605.
3. Moll S. Thrombophilia testing: from genetic predisposition to discrimination. *Thromb Res*. 2024. doi:10.1016/j.thromres.2024.01.022
4. Connors JM. Thrombophilia testing and venous thrombosis. *N Engl J Med*. 2017;377(12):1177–1187.
1. Gornik HL, Aronow HD, Goodney PP, et al. 2024 ACC/AHA/AACVPR/APMA/ABC/SCAI/SVM/SVN/SVS/SIR/VESS guideline for the management of lower extremity peripheral artery disease. *Circulation*. 2024. doi:10.1161/CIR.0000000000001251
2. Mazzolai L, et al.; ESC Scientific Document Group. 2024 ESC Guidelines for the management of peripheral arterial and aortic diseases. *Eur Heart J*. 2024;45(36):3538–3700. doi: 10.1093/eurheartj/ehac165 |
3. Ankle Brachial Index Collaboration. Ankle brachial index combined with Framingham risk score to predict cardiovascular events and mortality. *JAMA*. 2008;300(2):197–208.
4. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, et al. Inter-society consensus for the management of peripheral arterial disease (TASC II). *J Vasc Surg*. 2007;45(Suppl S):S5–S67.

1. Hinkle JL, Brosnan L, Abou-Chebl A. Should carotid artery stenosis be examined as a cause of dizziness? *Am Fam Physician*. 2011;83(8):879.
2. Johansen MA, Tran L, Ray JG. Reasons for carotid imaging in older asymptomatic patients. *JAMA Intern Med*. 2016;176(4):535–537.
3. Rocha EA, Tanowitz HB, Halperin JL, et al. A retrospective analysis of the clinical utility of carotid Doppler ultrasound in evaluation of syncope. *Neurology*. 2013;80(Suppl 7):P06.256.
4. Bhattacharyya N, Gubbels SP, Schwartz SR, et al. Clinical Practice Guideline: Benign Paroxysmal Positional Vertigo (Update). *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2017;156(3_suppl):S1–S47. doi: 10.1177/0194599816689667

1. Gornik HL, Aronow HD, Goodney PP, et al. 2024 ACC/AHA/AACVPR/APMA/ABC/SCAI/SVM/SVN/SVS/SIR/VESS guideline for the management of lower extremity peripheral artery disease. *Circulation*. 2024. doi:10.1161/CIR.0000000000001251
2. Bedenis R, Stewart M, Cleanthis M, et al. Cilostazol for peripheral arterial disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;2014(10):CD003748. doi:10.1002/14651858.CD003748.pub4
3. Pande RL, Hiatt WR, Zhang P, et al. A pooled analysis of the durability and predictors of treatment response of cilostazol in patients with intermittent claudication. *Vasc Med*. 2010;15(3):181–188.
4. Dawson DL, Cutler BS, Hiatt WR, et al. A comparison of cilostazol and pentoxifylline for treating intermittent claudication. *Am J Med*. 2000;109(7):523–530.