

MÓDULO 1 - Preguntas de los temas 1, 2, 3 y 4

1. La IVC es de 2 a 8 veces más frecuente en las mujeres¹, quienes además presentan más síntomas y de mayor gravedad^{2,3}.
2. No se ha demostrado que la **terapia hormonal sustitutiva y los anticonceptivos orales** aumenten el riesgo de varices⁴.
3. El **riesgo de presentar varices en el embarazo** es mayor en mujeres multíparas^{3,5-8}.
4. El síntoma más característico es el dolor, que con frecuencia se describe como pesadez, hinchazón, hormigueo, calambres, picor, quemazón, fatiga o desazón. Suele ser crónico^{2,3}.
5. Las varices reticulares tienen un calibre de entre 1 y 4 mm. El edema es consecuencia de la salida de fluido desde el espacio intravascular al intersticial, debido al aumento de la presión venosa capilar. El eccema venoso y la dermatitis ocre son signos que suelen aparecer en fases más evolucionadas de la enfermedad. Las alteraciones cutáneas suelen iniciarse en la región perimaleolar tibial y se extienden proximalmente según progresa la enfermedad³.
6. El edema se clasifica como C3, las telangiectasias como C1, los cambios en la piel y el tejido subcutáneo como C4 y las úlceras activas como C6⁹.
7. Las complicaciones agudas (trombosis venosa superficial, trombosis venosa profunda y varicorragia) son infrecuentes en los pacientes con IVC¹⁰.
8. Elevar los pies hasta la altura del corazón o por encima de esa altura durante 30 minutos (algunos autores hablan de 15-20 minutos¹¹) tres o cuatro veces al día mejora la microcirculación cutánea y reduce el edema. Elevar los pies por debajo del nivel del corazón (por ejemplo, sentada con las piernas apoyadas sobre un taburete) no es efectivo para reducir la hipertensión venosa¹². Por otro lado, debe aconsejarse caminar todos los días y hacer a diario ejercicios que mejoren el retorno venoso¹².
9. Para la mayoría de las gestantes son suficientes las medias de compresión ligera hasta la rodilla⁵.
10. El embarazo es uno de los principales riesgos de sufrir síndrome de congestión pélvica. Durante el embarazo, el volumen circulatorio en las venas ováricas y pélvicas se incrementa: el flujo a través de las venas ováricas puede aumentar hasta 60 veces. Además, el estradiol dilata las venas, lo cual deteriora la función valvular. Por su parte, la mayor presión intrauterina debida a la gestación puede incrementar aún más el reflujo a través de las venas ováricas¹³. las mujeres embarazadas, el tratamiento para las varices de origen pélvico de los miembros inferiores y la vulva son las medias de compresión para gestantes, incluidas las mallas y los pantalones cortos para la compresión de las varices vulvares¹⁰.

MÓDULO 2 - Preguntas de los temas 5, 6 y 7

1. La heparina de bajo peso molecular (HBPM) es el tratamiento de elección del TEV durante el embarazo¹⁻³.
2. Las medias de compresión se usan junto con la HBPM en mujeres con riesgo y como medida única cuando la profilaxis farmacológica está contraindicada. Las medias compresivas podrían ser útiles para prevenir el TEV en las embarazadas, ya que disminuyen la estasis en el sistema venoso y favorecen el flujo sanguíneo ⁴.
3. Se recomienda en: gestantes hospitalizadas en quienes esté contraindicada la HBPM, como alternativa a esta^{5,6}; pacientes hospitalizadas con riesgo de TEV tras una cesárea (combinadas con HBPM si precisan)^{5,6}; gestantes con riesgo importante de TEV⁷ (>3 factores de riesgo)^{6,8}; pacientes con antecedentes de TEV (en combinación con HBPM, si se requiere)^{5,6} y para su uso en viajes de más de 4 horas de duración^{5,6}.
4. El nivel de compresión recomendado es de 20 a 40 mmHg⁹. Se puede empezar el tratamiento con la compresión normal (20-30 mmHg) y, si los síntomas no mejoran, pasar a la compresión fuerte (30-40 mmHg)¹⁰.
5. El potencial trombogénico de un anticonceptivo depende de tres factores: la dosis de estrógeno, el tipo de progestágeno y la vía de administración¹¹⁻¹⁵. Cuanto mayor es la dosis de estrógeno, mayor es el riesgo de TEV^{11,12,15,16}.
6. El riesgo de TEV es mayor con la THM oral combinada que con la que solo contiene estrógenos¹⁴. Los preparados con medroxiprogesterona presentan mayor riesgo que otros tipos de progestágenos. Por otro lado, la terapia por vía vaginal no afecta a las proteínas de la coagulación ni aumenta la incidencia de TEV^{14,16}.
7. En los pacientes ambulatorios que reciben quimioterapia, no se recomienda la trombopprofilaxis de forma sistemática, sino que se debe evaluar el riesgo de forma individual, preferiblemente con herramientas validadas de evaluación del riesgo de TEV^{17,18}. En las mujeres con cáncer que empiezan tratamiento sistémico en régimen ambulatorio y tienen un índice de Khorana ≥ 2 , se debe valorar la trombopprofilaxis farmacológica con heparina de bajo peso molecular o anticoagulantes orales directos¹⁷⁻²⁰.
8. En las pacientes con bajo riesgo de TEV se recomienda la trombopprofilaxis mecánica, preferentemente con compresión neumática intermitente (CNI)²¹. No obstante, la disponibilidad limitada del equipamiento y la baja aceptación y adherencia por parte de las pacientes pueden dificultar su implementación. Por eso, cuando no esté disponible, se recomiendan medias de compresión graduada.
9. La frecuencia del TEV depende de varios factores, entre ellos, la naturaleza de la enfermedad que padece la paciente y la modalidad quirúrgica utilizada. Así, se ha reportado una

prevalencia de trombosis venosa profunda del 14 % en mujeres sometidas a cirugía por enfermedades benignas, mientras que las cifras ascienden al 38 % en pacientes oncológicas²².

10. En pacientes oncológicas se recomienda profilaxis de larga duración durante las 4 semanas posteriores a la intervención^{21,23-25}.

MÓDULO 3 - Preguntas de los temas 8, 9 y 10

1. Son productos sanitarios de clase I y están sujetos a las correspondientes normativas, tanto europea como española rapéuticas^{1,2}.
2. La media reduce la presión en el interior del miembro (extremidad inferior) aplicando una tensión o fuerza en la superficie que hace que se reduzca la hipertensión venosa, hecho fisiopatológico fundamental de la enfermedad venosa. Entre los efectos de las medias de compresión en la IVC, cabe destacar que al reducir el diámetro venoso^{3,4} mejoran la competencia de las válvulas y aumentan la velocidad y volumen del flujo venoso^{1,5,6}. El fundamento de esta terapia es la presión pasiva que ejerce en reposo y la presión activa que ejerce durante la deambulación o el ejercicio⁷.
3. El empleo de medias de compresión de clase 2 durante solo 1 mes produjo en los pacientes con varices causó una variación muy significativa en moléculas importantes para los procesos de patogénesis de la IVC como⁵: una disminución muy significativa de los niveles de interleucina 6; un aumento de la sintetasa 3 del óxido nítrico y una disminución de la superóxido dismutasa (GP91phox) y una disminución en los niveles de P-selectina (predicador de la activación plaquetaria y el factor X activado (clave en la producción del coágulo).
4. El gradiente de compresión en cada punto se mide en relación con el valor del tobillo, que consideraríamos el 100 % de referencia. Para que el gradiente de compresión sea correcto, la presión nominal debe ser del 100 % en el tobillo, el 80 % debajo de la rodilla y el 60 % en el muslo.
5. Las medias de compresión terapéutica del tipo compresión normal están indicadas para casos de: varices y edemas leves¹¹, insuficiencia venosa sintomática (varices pequeñas, edemas) durante el embarazo¹⁰, trombosis venosa profunda (si no tolera la compresión fuerte)¹³, trombosis venosa superficial¹⁴, tras cirugía venosa (también puede usarse compresión fuerte)^{15,16}, tras escleroterapia^{7,17},

síndrome postrombótico^{8,9} (si los síntomas no mejoran, puede usarse la compresión fuerte), úlceras venosas (tratamiento y prevención de recurrencias, si no se toleran las de compresión fuerte⁷), atrofia blanca, dermatoesclerosis (si no tolera la compresión fuerte)^{8,12} y clasificación CEAP 2 y 3⁷.

6. La terapia de compresión está contraindicada en los siguientes casos¹⁸: insuficiencia arterial periférica avanzada (índice tobillo-brazo <0,5), insuficiencia cardíaca crónica avanzada o descompensada, neuropatía periférica avanzada, piel muy frágil sobre prominencias óseas y celulitis o infecciones cutáneas importantes.
7. Protocolo con las 3 claves para realizar una correcta prescripción de medias de compresión terapéutica:
 1. Elegir el nivel de compresión.
 2. Elegir el tipo de prenda según la longitud y en función de la localización de los síntomas y signos.
 3. Elegir la talla de la media. Es esencial tomar correctamente las medidas para conseguir el ajuste adecuado y el nivel médicamente correcto de presión en la pierna.
8. El nivel de compresión escogida debe adaptarse a la fase de la enfermedad⁷ (clasificación CEAP) y limitarse a la presión más baja que alivie los síntomas y el edema¹⁹. El máximo grado de compresión en cualquier media de compresión se produce desde el tobillo hasta la rodilla. De hecho, al utilizar medias largas o hasta la cintura (panties), el 80 % del efecto terapéutico se ejerce por debajo de la rodilla. Por ello, el uso de una media corta es muy eficaz. Incluso la compresión ligera reduce los síntomas y el edema²⁰, por lo que cualquier nivel de compresión es más efectivo que no llevar medias.
9. Señalar que en relación con la adherencia al tratamiento de compresión con medias de compresión terapéutica:
 1. Se recomienda tener en cuenta durante la prescripción qué tipo de ropa lleva la paciente: pantalones, vestidos o faldas de más o menos longitud para decidir el tipo de media (calcetín, media larga...).
 2. A partir del 3.er trimestre de embarazo es más recomendable el uso de medias cortas o largas que el de panties.
10. Las medias son la primera opción de tratamiento de la IVC en la embarazada y deben prescribirse ante la aparición del primer síntoma o signo venoso. La elección del nivel de

compresión ha de adaptarse a la gravedad de la enfermedad y limitarse a la presión más baja que alivie los síntomas y el edema⁷.