

ACTIVA. Prevención de IVC y TVP en la mujer. Papel de las Medias de Compresión

1 En las mujeres, la IVC:

Es más prevalente que en los hombres

Se presenta con más síntomas que en los hombres

Se presenta con síntomas más graves que en los hombres

Todas son correctas

2 Señala la opción FALSA:

La IVC es primaria o esencial en el 95 % de los casos.

Entre los factores de riesgo de IVC destaca la toma de anticonceptivos orales.

Algunos ejemplos de factores de riesgo de IVC son la obesidad, los antecedentes familiares y el sedentarismo.

Los factores de riesgo de la IVC se consideran favorecedores aunque no hay evidencia para considerarlos causales.

3 Señala la opción FALSA en relación con el embarazo y la IVC:

Hasta el 40 % de las gestantes presentan venas varicosas.

El embarazo genera cambios hormonales, mecánicos y hemodinámicos que pueden originar IVC o agravarla.

El riesgo de presentar varices en el embarazo es mayor en mujeres primíparas.

Las gestantes que ganan peso de forma excesiva tienen más riesgo de desarrollar varices durante el embarazo.

4 El síntoma más típico de la insuficiencia venosa crónica es:

La insuficiencia venosa es asintomática.

El dolor, que no suele ser muy intenso.

El dolor, a menudo intenso.

El dolor localizado.

5 Señala la respuesta CORRECTA en relación con los signos de la insuficiencia venosa crónica:

Las varices reticulares tienen un calibre >4 mm.

El edema es consecuencia de la salida de fluido desde el espacio intersticial al intravascular.

El eccema venoso y la dermatitis ocre son signos que suelen aparecer en fases tempranas de la enfermedad.

Las alteraciones cutáneas suelen iniciarse en la región perimaleolar tibial.

6 En la clasificación clínica de la insuficiencia venosa CEAP (acrónimo de Clínica, Etiología, Anatomía y Patofisiología):

El edema se clasifica como C3.

Las telangiectasias se clasifican como C2.

Los cambios en la piel y el tejido subcutáneo se clasifican como C3.

Las úlceras activas se clasifican como C5.

7 Sobre las complicaciones de la insuficiencia venosa, señala la opción FALSA:

Según un estudio reciente, el único factor modificable capaz de prevenir las complicaciones graves de la varicorragia es el uso habitual de terapia compresiva.

Las complicaciones agudas son frecuentes en pacientes con insuficiencia venosa crónica.

La varicorragia a menudo ocurre durante una ducha con agua caliente.

El riesgo de trombosis aumenta durante el embarazo.

8 Algunas de las medidas para retrasar la evolución de la IVC son:

Al sentarse, apoyar las piernas sobre un taburete.

Elevar los pies hasta la altura del corazón durante 30 minutos 3 o 4 veces al día.

Caminar y hacer ejercicios que mejoren el retorno venoso a diario.

La segunda y tercera respuesta son correctas.

9 Señala la opción FALSA sobre el tratamiento de la IVC en la mujer embarazada:

Las medidas generales son la primera línea de tratamiento en embarazadas.

La mayoría de las gestantes necesitan medias cortas (hasta la rodilla) de compresión fuerte.

Las medias de compresión son la primera línea de tratamiento en embarazadas.

Deben recomendarse medias de compresión en cuanto aparezca el primer síntoma o signo de insuficiencia venosa.

10 Respecto al tratamiento de los trastornos venosos pélvicos en el embarazo:

Durante el embarazo, el flujo a través de las venas ováricas y pélvicas se incrementa.

La mayor presión intrauterina debida a la gestación puede incrementar aún más el reflujo a través de las venas ováricas.

El tratamiento para las varices de origen pélvico de los miembros inferiores y vulva son las medias de compresión para gestantes, incluidas las mallas y los pantalones cortos para la compresión de las varices vulvares.

Todas son correctas.

11 ¿Cuál es el tratamiento anticoagulante de elección del tromboembolismo venoso (TEV) en el embarazo?

La heparina de bajo peso molecular (HBPM).

La heparina no fraccionada.

El fondaparinux.

Los anticoagulantes orales directos.

12 Señala la opción CORRECTA sobre el uso de la terapia compresiva en la prevención del tromboembolismo venoso (TEV):

Las medias de compresión se usan junto con la HBPM en mujeres con riesgo.

Las medias de compresión se usan como medida única cuando la profilaxis farmacológica está contraindicada.

Sabemos que el uso de las medias de compresión en embarazadas disminuye la estasis en el sistema venoso y favorecen el flujo sanguíneo.

Todas son correctas.

13 Señala la afirmación FALSA en relación con las pacientes a las que se les recomienda el uso de terapia compresiva para prevenir el TEV:

Gestantes hospitalizadas en quienes esté contraindicada la HBPM o que tengan riesgo de TEV tras una cesárea (combinadas con HBPM si precisan).

Pacientes hospitalizadas con riesgo de TEV tras un parto natural o una cesárea (nunca combinadas con HBPM si precisan).

Gestantes con riesgo importante de TEV (>3 factores de riesgo) o con antecedentes de TEV (en combinación con HBPM, si se requiere).

Viajes de más de 4 horas de duración.

14 Señala la afirmación FALSA sobre el uso de las medias de compresión en el tratamiento del síndrome posttrombótico:

Son útiles para reducir el edema, el dolor, la pesadez y los signos cutáneos.

Las medias cortas (hasta la rodilla) se toleran mejor.

Las medias cortas parecen tener una eficacia similar a las largas.

El nivel de compresión recomendado es de 15 a 20 mmHg.

15 Señala la afirmación CORRECTA sobre los anticonceptivos hormonales combinados y el riesgo de tromboembolismo venoso (TEV):

La mayoría de los anticonceptivos que solo contienen progestágenos aumentan el riesgo de TEV.

El riesgo relativo de trombosis venosa es mayor con los progestágenos de segunda generación que con los de tercera y cuarta generación.

En mujeres con riesgo de TEV, se recomiendan anticonceptivos que solo contienen gestágenos, como la medroxiprogesterona inyectada.

Cuanto mayor es la dosis de estrógeno, mayor es el riesgo de TEV.

16 Señala la afirmación CORRECTA sobre la terapia hormonal para la menopausia (THM) y el riesgo de tromboembolismo venoso (TEV):

El riesgo de TEV es mayor con la THM oral combinada que con la que solo contiene estrógenos.

Los preparados con medroxiprogesterona presentan mayor riesgo que otros tipos de progestágenos.

La terapia por vía vaginal no afecta a las proteínas de la coagulación ni aumenta la incidencia de TEV.

Todas son correctas.

17 Señala la afirmación FALSA sobre la trombopprofilaxis en las mujeres con cáncer:

En las pacientes ingresadas con cáncer activo y enfermedad médica aguda, se recomienda la trombopprofilaxis con heparina de bajo peso molecular durante el ingreso.

En pacientes con cáncer que se someten a una intervención quirúrgica, se recomienda la profilaxis mecánica con terapia compresiva en monoterapia si la anticoagulación está contraindicada, y como adyuvante si el riesgo de tromboembolismo venoso es alto.

En las pacientes ambulatorias que reciben quimioterapia, se recomienda la trombopprofilaxis de forma sistemática.

No se recomienda la anticoagulación sistemática en las pacientes portadoras de un catéter venoso central.

18 Según el American College of Obstetricians and Gynecologists, ¿cuál es la estrategia de trombopprofilaxis recomendada en mujeres con riesgo de tromboembolismo venoso (TEV) bajo que van a someterse a cirugía?

Profilaxis mecánica.

Profilaxis farmacológica con heparina de bajo peso molecular.

Profilaxis farmacológica con heparina no fraccionada en dosis bajas.

Profilaxis farmacológica o mecánica.

19 Señala la afirmación FALSA sobre el tromboembolismo venoso (TEV) posoperatorio:

Sin la trombopprofilaxis adecuada, la prevalencia del TEV tras la cirugía ginecológica oscila entre el 15 % y el 40 %.

La incidencia del TEV es menor cuando se emplean técnicas mínimamente invasivas que cuando se recurre a laparotomía.

La trombosis venosa profunda es más frecuente en mujeres sometidas a cirugía por enfermedades benignas que en pacientes oncológicas.

El riesgo de TEV puede extenderse hasta 4 semanas o más, especialmente en cirugía oncológica pélvica.

20 Señala la opción CORRECTA sobre la trombopprofilaxis en la cirugía ginecológica:

En pacientes oncológicas se recomienda profilaxis de larga duración.

En pacientes con obesidad se recomienda ajustar la dosis de la profilaxis farmacológica, normalmente, disminuyéndola un 30 %.

Los anticonceptivos hormonales deben suspenderse antes de la cirugía mayor o menor, incluso si se espera que la paciente deambule en el posoperatorio.

Para que se normalicen los factores de la coagulación, se deben suspender los anticonceptivos hormonales 1-2 semanas antes de la cirugía.

21 En relación con las medias de compresión elástica terapéuticas:

Son productos sanitarios.

Están sujetos a normativa europea y española.

Son prendas elásticas de presión controlada.

Todas son correctas

22 En relación con el fundamento de la acción de las medias de compresión elástica terapéuticas:

La presión que ejerce la media sobre la extremidad inferior causa una reducción en el diámetro venoso que mejoran la competencia de las válvulas y aumenta la velocidad y volumen del flujo venoso.

El efecto de la media es únicamente debido a una presión pasiva en reposo que se aplica directamente de forma constante sobre la piel cuando la extremidad está en reposo y el músculo está relajado.

Además de la presión pasiva, la media también ejerce una presión activa durante la deambulación o el ejercicio.

La primera y tercera respuestas son correctas.

23 En relación con el uso de las medias de compresión de clase 2 (compresión normal) en pacientes con varices:

Causa variaciones a nivel molecular como la disminución de los niveles de la interleucina 6, una molécula muy importante en el desarrollo de los fenómenos inflamatorios en la IVC.

Causa variaciones a nivel molecular como el aumento de la sintetasa 3 óxido nítrico y la disminución de la superóxido dismutasa (GP91phox). Ambas variaciones contrarrestan las producidas durante los procesos moleculares clave en las alteraciones hemodinámicas de se producen en la IVC.

Produce una disminución de moléculas directamente relacionadas con la trombosis como son la P-selectina y el factor X activado.

Todas son correctas.

24 En relación con los niveles de compresión en las medias de compresión terapéutica:

El nivel de compresión de una media de compresión terapéutica (ligera, normal y fuerte), que sigue la legislación de un determinado país, depende de la presión que ejerza la prenda sobre el contorno del tobillo (contorno B).

El nivel de compresión de una media de compresión terapéutica lo define el grosor de la media.

Únicamente los panties o medias largas pueden alcanzar los niveles de compresión fuerte.

Las medias de compresión terapéutica no ejercen diferentes presiones en los diferentes contornos de la pierna. Ejercen la misma presión que en tobillo (contorno B) sobre el resto de los contornos.

25 Los diferentes grados de compresión de las medias terapéuticas tienen diferentes indicaciones.

Reconoce la/s verdadera/s indicaciones para las de compresión normal (22-32 mm Hg):

Están indicadas en casos de varices leves, de edemas leves y en aquellos casos en los que se haya recurrido a una solución intervencionista, tras la escleroterapia y tras la cirugía venosa.

Están indicadas en aquellos casos en los que estando indicada unas medias de compresión fuerte, el paciente no las tolera.

Están indicadas en casos de fatiga en las piernas.

La primera y segunda respuesta son correctas.

26 En relación con las contraindicaciones de la terapia de compresión:

No tiene contraindicaciones porque se trata de un tipo de medidas complementaria.

Está contraindicada en casos de insuficiencia cardíaca crónica avanzada o descompensada.

Está contraindicada en casos de piel muy frágil sobre prominencias óseas.

La segunda y tercera respuesta son correctas.

27 Sobre el protocolo con las 3 claves para realizar una correcta prescripción de medias de compresión terapéutica, señala la opción FALSA:

La primera clave es elegir el nivel de compresión, la segunda es elegir el tipo de prenda según la longitud y la tercera es elegir la talla de la media.

La longitud se elige en función de la localización de los síntomas y signos.

Ante la duda, prescribir las medias de compresión fuerte (financiadas por el Sistema Nacional de Salud).

Es esencial tomar correctamente las medidas para conseguir el ajuste adecuado y el nivel médicamente correcto de presión en la pierna.

28 En relación con la prescripción/recomendación de medias de compresión terapéutica, señala la opción FALSA:

El nivel de compresión dependerá de la fase de la enfermedad (clasificación CEAP) y limitarse a la presión más baja que alivie los síntomas y el edema.

Se puede recomendar una media corta, aunque el paciente tenga síntomas por encima de la rodilla.

El mejor momento para tomar las medidas es por la mañana, cuando las piernas todavía no se han congestionado.

No tenemos alternativa para aquellos pacientes que no toleran las medias de compresión fuerte o compresión normal.

29 Señala la afirmación FALSA en relación con la adherencia al tratamiento compresión con medias de compresión terapéutica:

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...).

No podemos hacer nada a nivel de prescripción para evitar que nuestras pacientes dejen de ponerse las medias y, por tanto, de tratar o prevenir la IVC y la trombosis venosa

A partir del 3.er trimestre de embarazo es más recomendable el uso de medias cortas o largas que el de panties.

La primera y segunda respuesta son correctas.

30 Señala la afirmación CORRECTA en relación con la prescripción de medias de compresión terapéuticas:

No prescribir medias de compresión terapéuticas a las embarazadas.

Esperar a estadios avanzados para prescribir medias de compresión terapéuticas.

Prescribir medias de 30-40 mmHg (compresión fuerte) porque las pide la paciente y están financiadas por el SNS) sin valorar el estadio de la IVC.

Todas son falsas.