

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERÍA



**REVISIÓN CRÍTICA:
BENEFICIOS DE LAS MEDIAS DE COMPRESIÓN
GRADUADA EN LA PREVENCIÓN DE LA TROMBOSIS
VENOSA PROFUNDA Y LA COMODIDAD DEL PACIENTE
SOMETIDO A CIRUGÍA**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CENTRO
QUIRÚRGICO**

AUTOR: Lic. ROSITA PAOLA TELLO GASTELO

Chiclayo, 27 de Noviembre de 2017

**REVISIÓN CRÍTICA: BENEFICIOS DE LAS MEDIAS DE
COMPRESIÓN GRADUADA EN LA PREVENCIÓN DE LA
TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y LA COMODIDAD
DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGÍA**

POR:

Lic. ROSITA PAOLA TELLO GASTELO

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica
Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Título Profesional de:
**SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN
CENTRO QUIRÚRGICO**

APROBADO POR:

Mgtr. Socorro Martina Guzman Tello
Presidente de Jurado

Mgtr. Nelly Guillermina Sirlopú Garcés
Secretaria de Jurado

Mgtr. Magaly del Rosario Chú Montenegro
Vocal/Asesor de Jurado

Chiclayo, 27 de Noviembre de 2017

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	8
I.- MARCO METODOLÓGICO	13
1.1 Tipo de investigación	13
1.2 Metodología EBE	13
1.3 Formulación de la Pregunta según esquema PICOT	15
1.4 Viabilidad y pertinencia de la pregunta	15
1.5 Metodología de Búsqueda de Información	16
1.6 Síntesis de la Evidencia encontrada a través de la Guía de Validez y utilidad aparentes de Gálvez Toro	19
1.7 Listas de chequeo específicas a emplear para los trabajos seleccionados	20
II.- DESARROLLO DEL COMENTARIO CRÍTICO	21
2.1 Artículo para la revisión	21
2.2 Comentario crítico	23
2.3 Importancia de los resultados	37
2.4 Nivel de evidencia	37
2.5 Respuesta a la pregunta	38
2.6 Recomendaciones	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
ANEXOS	40

DEDICATORIA

A Dios, por ser el motor de mi vida que me impulsa a luchar por mis metas. Por hacer palpable su amor a través de todos los que me rodean y que me han enseñado a valorar cada instante vivido.

A mi mamá Perpetua Gastelo Gastelo por su apoyo y el amor incondicional que me brinda, por haberme apoyado por que sin ella no hubiera sido nada ya que con su ejemplo me ha enseñado a luchar para conseguir mis metas.

Paola

AGRADECIMIENTO

En primer lugar quiero dar gracias a Dios por darme la existencia y gozar de sus bendiciones junto a mi familia.

Dar gracias a mi familia, profesoras y amigos quiénes con un espíritu de superación, me demostraron que todo es posible y gracias a sus palabras de aliento, me ayudaron a cumplir con la meta de ser enfermera especialista.

Paola

RESUMEN

El presente estudio titulado “Beneficios de las medias de compresión graduada en la prevención de trombosis venosa profunda y la comodidad del paciente sometido a cirugía”, es una investigación secundaria la cual tiene como objetivo: Describir y analizar los beneficios de las medias de compresión graduada en la prevención de trombosis venosa profunda y la comodidad del paciente sometido a cirugía. La investigación tiene una legítima relevancia científica porque mediante la aplicabilidad de medias de compresión utilizada hasta la rodilla o hasta el muslo se buscando la comodidad del paciente ayudará a disminuir el riesgo de trombosis venosa profunda en pacientes post operados, lo cual disminuirá estancias hospitalarias prolongadas, además de evitar morbilidad y mortalidad en pacientes sometidos a cirugías. Formulándose la pregunta clínica ¿Cuáles son los beneficios de las medias de compresión graduada en la prevención de trombosis venosa profunda y la comodidad del paciente sometido a cirugía? Las estrategias de búsqueda se desarrollaron mediante la elección de las palabras clave, registro escrito de búsqueda de datos PubMed, BvS. La lectura crítica se realizó mediante la lista de chequeo de validez aparente de Gálvez Toro, el comentario crítico se estructuró según la metodología propuesta por PRISMA, su nivel de evidencia 1+ y el grado de recomendación moderado. Finalmente, la respuesta a la pregunta de investigación: los pacientes prefieren medias de compresión hasta la rodilla debido a la comodidad y mayor facilidad de aplicación, sin embargo, la base de evidencia es limitada sobre la adhesión en la comunidad.

Palabras claves: paciente, medias de compresión mecánica, postoperatorio

ABSTRACT

The present study entitled "Benefits of graduated compression stockings in the prevention of deep venous thrombosis and the comfort of the patient undergoing surgery" is a secondary research which aims to: Describe and analyze the benefits of graduated compression stockings in the Prevention of deep venous thrombosis and the comfort of the patient undergoing surgery. The research has a legitimate scientific relevance because through the applicability of knee or thigh compression stockings seeking patient comfort will help to reduce the risk of deep venous thrombosis in post-operated patients, which will decrease prolonged hospital stays, In addition to avoiding morbidity and mortality in patients undergoing surgery. The researcher asked the following question: What are the benefits of graduated compression stockings in the prevention of deep venous thrombosis and the comfort of the patient undergoing surgery? Search strategies were developed through the choice of keywords, written search log and the bibliographic collection tab. The researcher, through a systematic review, selects four investigations using Galvez Toro's list of apparent validity checks.

Key words: patient, compressive stockings, postoperative

INTRODUCCIÓN

La enfermería es una profesión dinámica, dedicada a mantener el bienestar físico, psicosocial y espiritual de las personas. Se ha considerado a la enfermería como arte, ciencia y profesión. Como arte, porque requiere y cuenta con un conjunto de habilidades, que depende del sello personal de quien las realice. Como ciencia, porque requiere de los conocimientos de la propia disciplina. Mucho se ha discutido al respecto, y puede aseverarse que la enfermería ya posee un cuerpo cognoscitivo uniforme y sistemático relativo a hechos o verdades.¹

Como profesión enfermería requiere del conocimiento y apoyo de las ciencias físicas, biológicas, sociales y médicas; no obstante, debe demostrar su capacidad de grupo, para reafirmar sus principios de solidaridad, que la caracterizan como identidad profesional independiente. La profesión requiere de un trabajo especializado, mediante la aplicación de conocimientos específicos, debe ser práctica, académica, incluir procedimientos uniformes basados en principios, tener bases éticas, organización interna y autonomía. Así mismo cumplir con el fin primordial de servir al bien común, mejorar la salud de nuestro pueblo y prolongar la vida del hombre.²

Así mismo, enfermería quirúrgica es una rama de la enfermería que tiene como objetivo principal cuidar, con rigor científico, al individuo durante su ciclo vital, en los problemas derivados de la patología quirúrgica y fomenta el mantenimiento de la salud, así como realizar con destreza las actividades de enfermería pertinentes en cada caso.³

En nuestro contexto, durante la práctica clínica se observó un gran número de pacientes adultos maduros y adultos mayores que son sometidos a cirugías que duran aproximadamente entre 1 hora y 4 horas e incluso algunas prolongándose hasta 12 horas, y muchas veces los profesionales de enfermería

no toman las precauciones necesarias como por ejemplo la aplicación de medias de compresión graduada de acuerdo a la comodidad del paciente bien sea hasta la rodilla o el muslo lo cual ayudará a disminuir el riesgo de trombosis venosa profunda (TVP) en pacientes post operados, así mismo evitando estancias hospitalarias prolongadas, además de evitar morbilidad y mortalidad en pacientes sometidos a cirugías.

La trombosis venosa es una condición donde un coágulo de sangre se forma en una vena, más comúnmente las venas profundas de las piernas. El coágulo puede romperse y migrar a los pulmones, causando una embolia pulmonar potencialmente mortal. La trombosis venosa profunda (TVP) suele ser asintomática, aunque puede estar asociada con dolor en las piernas y / o hinchazón como resultado de la oclusión de la vena. Ciertas personas, en particular los pacientes hospitalizados tienen mayor riesgo de sufrir TVP. Así también existen algunos factores como la inmovilización, disminución de la ingesta de líquidos y pérdida excesiva de líquidos corporales, los cuales pueden causar cambios en la pared de los vasos sanguíneos, el flujo sanguíneo, el trauma y la cirugía pueden aumentar el riesgo.⁴

También mencionan que la Trombosis venosa profunda constituye la complicación más temida en el paciente quirúrgico, estando asociada a un gran número de factores dentro de los cuales destacan: periodos prolongados de inmovilización, pacientes sometidos a grandes cirugías, estas condiciones son parte del perfil común del paciente hospitalizado en los servicios quirúrgicos, situación que es similar en los hospitales de nuestro departamento de Lambayeque. La cirugía general conlleva un riesgo moderado de formación de trombos, mientras que algunos tipos de cirugía de cadera o prótesis se consideran de alto riesgo. A estos riesgos hay que sumar la inmovilidad a la que se somete el paciente durante el periodo postoperatorio y de recuperación.⁵

Es por ello que al enfrentarnos a cualquier paciente quirúrgico se deben determinar en forma exhaustiva todos los factores de riesgo destacando la edad avanzada, cáncer, enfermedad trombo embólica previa, a fin de poder dirigir adecuadamente los cuidados. Según los factores de riesgo conocidos para cada paciente, consensos nacionales e internacionales han estratificado a los pacientes en distintos grupos según el riesgo a desarrollar TVP. Riesgo bajo: pacientes menores de 40 años, sin factores de riesgo sometidos a cirugía menor (menor de 30 minutos). Riesgo moderado: cirugía menor más factores de riesgo, cirugía menor en pacientes de 40 a 60 años, cirugía mayor en pacientes menores de 40 años sin factores de riesgo. Riesgo alto: cirugía menor en mayores de 60 años, cirugía mayor en menores de 40 años con factores de riesgo. Riesgo muy alto: cirugía mayor en paciente sobre 40 años, cirugía mayor y múltiples factores de riesgo, cirugía traumatológica y ortopédica, pacientes con neoplasia activa.⁵

Así mismo recomiendan diversas formas de profilaxis basadas en su efectividad para reducir el riesgo de TVP y teniendo en cuenta los factores individuales del paciente y de acuerdo al juicio clínico. La profilaxis puede ser farmacológica (usualmente heparina de bajo peso molecular o heparina no fraccionada) y / o mecánica. Los métodos mecánicos de profilaxis incluyen medias de compresión graduadas, dispositivos de compresión neumáticos intermitentes y bombas de pie neumáticas. Las medias de compresión graduadas ejercen presión en un gradiente decreciente desde el tobillo hacia el muslo, lo que aumenta el flujo sanguíneo y promueve el retorno venoso, evitando así la distensión venosa pasiva que se cree que previene las lágrimas sub-endoteliales y la activación de factores de coagulación. La evidencia sugiere que las medias de compresión pueden reducir la incidencia de TVP postoperatoria a aproximadamente 11%, mientras que la dosis baja de heparina reduce la tasa a alrededor del 9%; Utilizados juntos la tasa de TVP se reduce aún más.⁴

Las medias de compresión graduada por un mecanismo de compresión externa reducen el área transversal de la extremidad inferior y aumenta la velocidad de flujo sanguíneo tanto de las venas superficiales como profundas. No presenta complicaciones y reduce la TVP en pacientes hospitalizados en un 50%. Hay distintas longitudes (rodilla y muslo), siendo la de mayor comodidad para el paciente hasta la rodilla.⁶

Siendo todo lo expresado anteriormente situaciones que como profesional de enfermería y estudiante de la segunda especialidad de centro quirúrgico a diario me ha tocado vivir y de la misma forma me ha permitido analizar la importancia del rol del personal de enfermería en el campo quirúrgico. Ante cualquier paciente previo a ser sometido a cirugía se debe analizar en forma exhaustiva todos los factores de riesgo que pueda presentar el paciente, así mismo tomar las medidas profilácticas necesarias; es por ello que en esta investigación se enfatiza en los beneficios de la utilización de las medias de compresión graduada, las cuales se utilizan como profilaxis para la TVP en pacientes intervenidos quirúrgicamente, que a pesar de las ventajas que presentan las medias de compresión mecánica en el bienestar del paciente quirúrgico, sobre otros profilácticos, entre ellas su bajo costo, su comodidad y preferencia del paciente (rodilla o muslo), sus mínimos efectos secundarios, su uso no es constante a pesar de ser muy necesario.

El riesgo de desarrollar TVP está entre el 25% y el 30% en pacientes que se han sometido a una intervención de cirugía general, y asciende al 70% en pacientes sometidos a determinadas intervenciones ortopédicas.⁵

A pesar que el profesional de enfermería conoce cuales son las consecuencias de omitir la aplicación de medias de compresión en pacientes que serán sometidos a cirugías prolongadas no realiza dicha acción debido a: los pacientes ingresan a sala de operaciones de emergencia y diferentes servicios de hospitalización, la rutina en el profesional de enfermería y el pensar que no pasara nada. En ciertas situaciones si llega a realizar el procedimiento nunca le

preguntan al paciente: ¿está cómodo? o cuál es su preferencia (hasta la rodilla o muslo) es decir la enfermera solo cumple con lo establecido mas no se preocupa por la comodidad y bienestar del paciente.

De todo lo expuesto en el presente trabajo de investigación se formuló la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los beneficios de medias de compresión graduada en la prevención de trombosis venosa profunda y la comodidad del paciente sometido a cirugía?, así mismo se planteó el siguiente objetivo: Describir y analizar los beneficios de medias de compresión graduada en la prevención de trombosis venosa profunda y la comodidad del paciente sometido a cirugía

I. MARCO METODOLÓGICO

1.1. Tipo de investigación

Toda la investigación puede ser dividida en categorías primaria y secundaria. Entender la diferencia entre la investigación y las fuentes primarias y secundarias es crucial a la hora de utilizar o referirse a las investigaciones y cuestiones científicas, la comprensión de este tema permite a cualquier lector a escrutar mejor cualquier material.⁵ Las fuentes secundarias interpretan y analizan fuentes primarias, son textos basados en fuentes primarias, e implican generalización, análisis, síntesis, interpretación o evaluación. Algunos tipos de fuentes secundarias son: libros de texto, artículos de revistas, tesis, manuales, crítica literaria y comentarios.⁷

Siendo así que el registro de las fuentes de información en los trabajos académicos: permite sustentar la actividad de la investigación y sirve de base para establecer premisas que argumentan los cuestionamientos de la crítica científica o profesional.⁸

El presente trabajo de investigación trata de una investigación de tipo secundaria ya que está orientada a interpretar, analizar y a emitir un comentario crítico sobre una fuente de tipo primaria.

1.2. Metodología:

El presente estudio de investigación se desarrolló mediante la metodología Enfermería Basada en Evidencias (EBE) siguiendo un orden lógico y sistemático el cual consta de 5 fases.⁹ En la investigación planteada se trabajó con las tres primeras fases de la investigación debido a que no contamos con el tiempo necesario para desarrollar las 5 fases de la EBE; siendo así que en la *primera fase* encontramos la formulación de la pregunta clínica: es la primera etapa de cualquier proceso de investigación, para desarrollarse esta investigación en primera instancia de nuestra realidad surgió una duda, interrogante e inquietud sobre los beneficios de medias de compresión graduada en la prevención de trombosis venosa profunda y la comodidad del paciente sometido a cirugía ; pregunta que se

fue perfeccionando mediante el esquema PICOT. Como *segunda fase* tenemos a la localización de la Información: este es un procedimiento estructurado cuyo objetivo es la localización y recuperación de información relevante para un usuario que quiere dar respuesta a cualquier duda relacionada con su práctica, ya sea esta clínica, docente, investigadora o de gestión. En este punto la investigadora realizó la búsqueda bibliográfica correspondiente sobre los beneficios de las medias de compresión graduada para prevenir la TVP, para lo cual se tuvieron ciertas dificultades ya que no se encontró mucha bibliografía y las investigaciones que se lograron recopilar fueron publicadas en otro idioma lo cual dificultó a la investigadora.

En la *tercera fase* tenemos la validación a través de la lectura crítica realizada con la lista de validez y utilidad aparentes de Gálvez Toro. La cuarta *fase* se realiza la implementación, en donde después de analizar los resultados y considerarlos válidos para mejorar la atención a nuestros pacientes, debemos planificar la implementación de los cambios; existen una serie de dificultades en el momento de la implementación y, por lo tanto, es indispensable desarrollar estrategias, identificar posibles barreras y conocer cuáles son las causas más frecuentes de fracaso para hacerlas frente. Por último, la *fase de la evaluación* encontramos que es imprescindible que las decisiones que se tomen en la práctica asistencial se basen en la mejor evidencia empírica. Sin embargo, también es importante que se evalúen estas decisiones después de su aplicación. La última fase de la EBE es evaluar la repercusión de los cambios introducidos en la práctica, para identificar si éstos han sido o no efectivos. La situación ideal es que la evaluación se lleve a cabo analizando resultados sensibles a las intervenciones de enfermería, con la finalidad de estimar los beneficios, daños y costes de las intervenciones

1.3. Formulación de la pregunta según esquema PICOT:

Cuadro N° 02: Formulación de la Pregunta y Viabilidad		
P	Paciente o Problema	Pacientes sometidos a cirugías de tiempo prolongado encontrándose expuestos a adquirir complicaciones como por ejemplo trombosis venosa profunda en el post operatorio, siendo la población de mayor riesgo los adultos y adultos mayores.
I	Intervención	En la actualidad se utilizan medias de compresión a diferentes niveles (rodilla, muslo) para evitar la trombosis venosa profunda en el paciente sometido a cirugías sin ningún estándar debido a que cada profesional lo realiza de acuerdo a su criterio. De acuerdo a diversos estudios lo recomendable es aplicar las medias de compresión a nivel de la rodilla ya que son eficaces además de ser cómodos para el paciente
C	Comparación o Control	Utilización de medias de compresión graduados en relación con la comodidad del paciente, para la prevención de la trombosis venosa profunda postoperatoria
O	Outcomes o Resultados	Prevenir la trombosis venosa profunda postoperatoria Comodidad en los pacientes Eficiencia en el cuidado Satisfacción profesional Mejorar los cuidados
T	Tipo de Diseño de Investigación	Revisión sistemática
Oxford-Centre of Evidence Based Medicine.		

Pregunta: ¿Cuáles son los beneficios de medias de compresión graduada en la prevención de trombosis venosa profunda y la comodidad del paciente sometido a cirugía?

1.4. Viabilidad y pertinencia de la pregunta:

La Trombosis Venosa Profunda constituye la complicación más temida en el paciente quirúrgico, estando asociada a un gran número de factores dentro de los cuales destacan: periodos prolongados de inmovilización, pacientes sometidos a grandes cirugías, estas condiciones son parte del perfil común del paciente hospitalizado en los servicios quirúrgicos, situación que es similar en los hospitales de nuestro departamento de Lambayeque, siendo así que surgió la pregunta de investigación de la práctica clínica ¿Cuáles son los beneficios de medias de compresión graduada en la prevención de trombosis venosa profunda y la comodidad del paciente sometido a cirugía? Siendo nuestra meta contribuir a mejorar

la práctica mediante la utilización de medias de compresión graduada para pacientes que serán sometidos a intervenciones quirúrgicas con la finalidad de prevenir la TVP y al mismo tiempo buscando su comodidad. Así también la investigación es factible de realizar debido a que se dispone de tiempo para poder trabajarlo, además se obtendrán grandes beneficios y resultados positivos para el paciente e institución. Así mismo servirá como base para poder seguir investigando sobre el tema y continuar aportando para la ciencia de enfermería.

1.5. Metodología de Búsqueda de Información:

El proceso que se tuvo en cuenta para la búsqueda de información fue mediante algunas bases de datos consultadas (PubMed, BVS), el periodo de búsqueda empleado fue de dos meses aproximadamente, las palabras claves empleadas fueron: paciente, medias compresivas, post operatorio. Los criterios de inclusión fueron beneficios de las medias de compresión para prevenir TVP en pacientes sometidos a cirugías e investigaciones realizadas dentro de los últimos 5 años; dentro de los criterios de exclusión se consideró investigaciones relacionadas hace más de 5 años.

Los límites que se tuvieron durante el proceso de investigación fue la poca evidencia de estudios, las de investigaciones que se tomaron en cuenta que se relacionaban con el tema de interés estuvieron en otro idioma lo cual dificultó al investigador a comprender los hallazgos, el tiempo fue corto para realizar una mejor búsqueda de información y desarrollo de la investigación.

Cuadro N° 03 paso 1 Elección de las palabras claves			
Palabra Clave	Inglés	Portugués	Sinónimo
Paciente	Patient	Paciente	Enfermo, indispuerto, afectado, grave
medias compresivas	Compression stockings	meias de compressão	Vendas compresivas
Postoperatorio	postoperative	pós-operatório	Proceso de recuperación

Cuadro N° 04 paso 2 Registro escrito de la búsqueda				
Base de datos consultada	Fecha de la búsqueda	Estrategia para la búsqueda o Ecuación de búsqueda	N° de artículos encontrados	N° de artículos seleccionados
PubMed	28/1/21017	paciente and medias compresivas post operatorio	71	6
BVS	15/2/2017	paciente and medias compresivas post operatorio	7	1

Cuadro N° 05 paso 3 Ficha para recolección Bibliográfica					
Autor (es)	Título Artículo	Revista (Volumen, año, número)	Link	Idioma	Método
Ayhan H1, Iyigun E1, Ince S2, Can MF3, Hatipoglu S4, Saglam M2.	Un ensayo clínico aleatorio para comparar la comodidad del paciente y la eficacia de tres diferentes medias de compresión graduada en la prevención de la trombosis venosa profunda postoperatoria	J Clin Nurs. 2015 Aug; 24 (15-16): 2247-57. doi: 10.1111 / jocn.12866	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25960024	Ingles	Ensayo clínico aleatorio
Sajid MS ¹ , Desai M, Morris RW, Hamilton G.	Hasta la rodilla frente a la longitud del muslo medias de compresión graduada para la prevención de trombosis venosa profunda en pacientes quirúrgicos postoperatorios.	Revisión Cochrane 2012 Mayo 16; (5): CD007162. doi:10.1002/14651858.CD007162.pub2.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22592717	Ingles	Ensayos controlados aleatorios

Looba RS ¹ , Arora RR, Chandrasekar S, Shah PH.	Muslo de longitud en comparación con las medias de compresión hasta la rodilla para la profilaxis de la trombosis venosa profunda en el entorno hospitalario.	Coagul fibrinolisis de la sangre. 2012 Mar; 23 (2): 168-71. doi: 10.1097 / MBC.0b013e32834cb25b.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22157256	Ingles	meta-análisis
Wade R ¹ , Paton F ¹ , Rice S ¹ , Stansby G ² , Millner P ³ , Flavell H ⁴ , Fox D ¹ , Woolacott N ¹ .	La longitud del muslo versus medias hasta la rodilla antiembolismo para la prevención de la trombosis venosa profunda en pacientes quirúrgicos postoperatorios; una revisión y una red de meta-análisis sistemática.	BMJ abierto. 2016 Feb 16; 6 (2): e009456. doi: 10.1136 / bmjopen-2015-009456.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26883236	Ingles	Ensayos controlados aleatorios (ECA)
Wade R ¹ , Paton F ¹ , Woolacott N ¹ .	Revisión sistemática de la preferencia del paciente y la adhesión a la correcta utilización de medias de compresión graduada para prevenir la trombosis venosa profunda en pacientes quirúrgicos.	J Adv Nurs. 2017 Feb;73(2):336-348. doi: 10.1111/jan.13148. Epub 2016 Oct 9.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27624587	Ingles	Ensayos controlados aleatorios
Un sachdeva ¹ , Dalton M, Amara giri SV, Lees T.	Medias de compresión graduada para la prevención de la trombosis venosa profunda.	Revisión Cochrane 2014 Dic 17; (12): CD001484. doi: 10.1002 / 14651858.CD001484.pub3	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25517473	Ingles	Ensayos controlados aleatorios (ECA)
Wade R.	Medias de	Salud	http://pesq	Ingles	Ensayos

; <u>Sideris</u> , <u>Eleftherios</u> ; <u>Paton</u> , <u>Fiona</u> ; <u>Ric</u> <u>e</u> , <u>Stephen</u> ; <u>Palmer</u> , <u>Stephen</u> ; <u>Fox</u> , <u>Dave</u> ; <u>Wo</u> <u>olacott</u> , <u>Nerys</u> ; Spackman . Eldon	compresión graduada para la prevención de la trombosis venosa profunda en pacientes quirúrgicos postoperatorios: una revisión sistemática y un modelo económico con un valor de análisis de información.	Technol; 19 (98): 1-220, 2015 noviembre	uisa.bvsalud.org/port al/resource /es/mdl-26613365		controlados aleatorios (ECA)
--	--	---	--	--	------------------------------

1.6. Síntesis de la Evidencia encontrada a través de la Guía de Validez y utilidad aparentes de Gálvez Toro: Producto de Guía de validez, utilidad y aplicabilidad aparente:

Cuadro N° 06 Síntesis de la evidencia			
Título del Artículo	Tipo de Investigación- Metodología	Resultado	Decisión
1.Un ensayo clínico aleatorio para comparar la comodidad del paciente y la eficacia de tres diferentes medias de compresión graduada en la prevención de la trombosis venosa profunda postoperatoria	Un aleatorizado clínica de prueba de diseño.	Responde todas las preguntas	Para pasar lista
2. Hasta la rodilla frente a la longitud del muslo medias de compresión graduada para la prevención de trombosis venosa profunda en pacientes quirúrgicos postoperatorios.	Ensayos controlados aleatorios (ECA)	Sólo responde 2 de las 5	No se puede emplear
3. Muslo de longitud en comparación con las medias de compresión hasta la rodilla para la profilaxis de la trombosis venosa profunda en el entorno hospitalario.	Meta-análisis	Responde todas las preguntas	Para pasar lista
4. La longitud del muslo versus medias hasta la rodilla anti embolismo para la prevención de la trombosis venosa profunda en pacientes quirúrgicos postoperatorios; una revisión y una red de meta-análisis sistemática.	Ensayos controlados aleatorios (ECA)	Sólo responde 1 de las 5	No se puede emplear
5. Revisión sistemática de la preferencia del paciente y la adhesión a la correcta utilización de medias de	Ensayos controlados aleatorios (ECA)	Responde todas las preguntas	Para pasar lista

compresión graduada para prevenir la trombosis venosa profunda en pacientes quirúrgicos.			
6. Medias de compresión graduada para la prevención de la trombosis venosa profunda.	Ensayos controlados aleatorios (ECA)	Sólo responde 4 de las 5	No se puede emplear
7. Medias de compresión graduada para la prevención de la trombosis venosa profunda en pacientes quirúrgicos postoperatorios: una revisión sistemática y un modelo económico con un valor de análisis de información.	Ensayos controlados aleatorios (ECA)	Sólo responde 2 de las 5	No se puede emplear

1.7. Listas de chequeo específicas a emplear para los trabajos seleccionados:

Cuadro N° 07 Listas de chequeo según artículo y su nivel de evidencia			
Título del Artículo	Tipo de Investigación- Metodología	Lista empleada	Nivel de evidencia
1. Revisión sistemática de la preferencia del paciente y la adhesión a la correcta utilización de medias de compresión graduada para prevenir la trombosis venosa profunda en pacientes quirúrgicos	Revisión sistemática	PRISMA	1+

II. DESARROLLO DEL COMENTARIO CRÍTICO

2.1. Artículo para la revisión

a. Título de la Investigación secundaria que desarrollará.

Revisión sistemática de la preferencia del paciente y adherencia al uso correcto de medias de compresión graduadas para prevenir la trombosis venosa profunda en pacientes quirúrgicos.

b. Revisor(es): Tello Gastelo Rosita Paola

c. Institución: Escuela de Enfermería: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo - Perú.

d. Dirección para correspondencia: Urb. Santa María #10 – Chiclayo-Lambayeque. paola_14_20047@hotmail.com

e. Referencia completa del artículo seleccionado para revisión:

Ros Wade, Fiona Paton, Nerys Woolacott. Revisión sistemática de la preferencia del paciente y adherencia al uso correcto de medias de compresión graduadas para prevenir la trombosis venosa profunda en pacientes quirúrgicos. *Jadϕ Nurs.* 2017 Feb; 73 (2):336-348. doi: 10.1111/jan.13148. Epub 2016 Oct 9

Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27624587>

f. Resumen del artículo original:

Objetivo: Explorar la preferencia del paciente y la adherencia a las medias de compresión graduadas de muslos y rodillas para la prevención de la trombosis venosa profunda en pacientes quirúrgicos.

Antecedentes: Los pacientes hospitalizados corren el riesgo de desarrollar trombosis venosa profunda. Métodos mecánicos de

profilaxis incluyen medias de compresión, disponibles hasta las rodillas o considerando la longitud del muslo. La adherencia del paciente al uso correcto de la media es de importancia crítica para su efectividad. El diseño de la investigación fue una Revisión sistemática de la evidencia cuantitativa, las fuentes de datos fueron: Once bases de datos fueron buscadas desde el inicio hasta el 2013 sobre revisiones sistemáticas que trataran sobre medias de compresión. Se realizaron revisiones de los estudios primarios pertinentes y se realizaron búsquedas de actualización de ocho fuentes electrónicas (2010-2014). Dentro de los métodos de revisión: Los ensayos controlados aleatorios y los estudios observacionales de pacientes quirúrgicos usando medias de compresión fueron evaluados y los datos fueron extraídos considerando la adherencia y preferencia del paciente. Se presenta un resumen narrativo. Los resultados fueron nueve ensayos controlados aleatorios y siete estudios observacionales se incluyeron en la revisión sistemática. Hubo una variación sustancial entre los estudios en cuanto a las características de los pacientes, las intervenciones y los métodos de evaluación de los resultados. Como conclusión tenemos que: La adherencia del paciente fue generalmente mayor con las medias hasta las rodillas que con las medias de muslo. Sin embargo, los estudios reflejan la adherencia del paciente en un entorno hospitalario solamente, donde los pacientes son observados por profesionales de la salud; es probable que la adherencia se reduzca una vez que los pacientes han sido dados de alta del hospital. Los pacientes preferían las medias hasta las rodillas en vez que las medias de muslo. En muchos contextos clínicos cualquier diferencia en la eficacia entre las medias de muslo y las medias hasta la rodilla puede hacerse irrelevante por la preferencia del paciente y probablemente una mejor adherencia a medias hasta la rodilla. La entidad financiadora de la investigación y declaración de conflictos de interés: La investigación no hace mención sobre fuente de financiamiento sin embargo se

presume que fue autofinanciada y la de Declaración de conflictos de interés: Ningún conflicto de interés ha sido declarado por los autores.

E-mail de correspondencia de los autores del artículo original:

ros.wade@york.ac.uk

Palabras clave: Preferencia del paciente, adherencia del paciente, media de compresión graduada, medias anti embolia, trombosis venosa profunda, revisión de la literatura, revisión sistemática, enfermería.

2.2. Comentario crítico

Una vez seleccionada la investigación de Ros Wade, Fiona Paton, Research Fellow, Centre for Reviews y Nerys Woolacoi.⁴ y tras consultar el cuadro de Validez y utilidad aparentes de Gálvez Toro, se ha estructurado el comentario crítico según la metodología propuesta por Gonzáles de Dios J, Buñuel Álvarez JC y Aparicio Rodrigo M. Listas guía de comprobación de revisiones sistemáticas y metaanálisis: declaración PRISMA, la cual consta de 27 ítems, clasificándose en siete secciones (introducción, métodos, resultados y discusión), con dos secciones previas (título y resumen) y una posterior (financiación).¹⁰

El autor propone un título atractivo para los lectores, resume la idea principal de la investigación e identifica la variable y su relación con el trabajo de investigación, hace mención de las variables en uso y utiliza términos sencillos para el lector. Sin embargo, según Andréu J. los títulos no deben de ser cortos o largos, pueden tener entre 15 a 20 palabras además de ser sencillos y precisos.¹¹ El trabajo de investigación en mención está constituido por 26 palabras lo cual está fuera del rango permitido. Es importante mencionar que la investigación es una revisión sistemática la cual nos permitió priorizar frente a otros estudios.

Respecto al resumen contiene brevemente el contenido esencial del reporte de investigación, un máximo de 250 palabras, donde usualmente se incluye a su vez un resumen escueto del planteamiento del problema, del método, los resultados más importantes y las principales conclusiones. Debe ser comprensible, sencillo, informativo, preciso y completo.¹² El resumen contiene un contenido coherente, sintetiza el problema y los objetivos de la investigación, la metodología utilizada, los resultados obtenidos, las principales conclusiones sin embargo exceden el número de palabras 350.

La introducción. Tiene la función de introducir, valga la redundancia, al lector, en el área de conocimiento de la investigación. Debe de incluir una breve reseña de cómo era el “estado del arte” al iniciarse la investigación. Incluye los conocimientos de que se disponía al comenzar el trabajo, brevemente tratados de manera concreta y específica, de manera que cuando el lector la haya terminado, este ubicado en la temática de que trata el reporte. Ya introducido el lector en la temática podrá entender entonces el planteamiento del problema (objetivos y preguntas de investigación), así como la justificación del estudio, las variables y los términos.¹³

En la revisión sistemática, la introducción señala el problema o marco general en el que se ubica el tema. Por ende, refieren el objeto de estudio y el objetivo de la investigación. Con menor frecuencia mencionan la importancia del trabajo de investigación. Así mismo se le sugeriría al autor ampliar la descripción de la problemática donde se desarrolló el estudio y describir más claramente la pregunta que se desea contestar.

Respecto al método. En Esta parte del reporte se describe como fue llevado a cabo la investigación, e incluye la explicación de: el enfoque adoptado (cuantitativo, cualitativo o mixto), y su por qué. El contexto de la investigación. Es decir el lugar físico, la población, los acontecimientos que

podieran influir en los resultados obtenidos, las características particulares del objeto de estudio, etc. El diseño utilizado (experimental o no experimental, y qué tipo). Sujetos, universo y muestra (procedimiento de selección de la muestra). El o los instrumentos de recolección de datos utilizados (descripción precisa, confiabilidad, validez y variables, o conceptos eventos, situaciones, categorías, etc.). El procedimiento, es decir los detalles de cómo se llevó a cabo el trabajo de campo y la recolección de datos, si se encontraron problemas, como se sortearon, así como el tipo de análisis que se efectuó.¹⁴

La investigación, se realizó e informó siguiendo los principios generales para llevar a cabo una revisión sistemática de las intervenciones de salud recomendadas en la guía de Centro de Revisiones y Difusión 2009 (CRD) para llevar a cabo revisiones en la atención médica y la guía de la declaración PRISMA (Moher et al. 2009). El protocolo de investigación para el proyecto más amplio del cual esta revisión sistemática forma parte, se inscribió en el registro prospectivo internacional de revisiones sistemáticas (número de registro PROSPERO: CRD42014007202).

Así mismo se llevó a cabo un enfoque sistemático para identificar la evidencia sobre la preferencia y / o adherencia del paciente con respecto a las medias de compresión graduadas. La búsqueda bibliográfica se realizó como parte del proyecto más amplio y abarcó todas las publicaciones relevantes para medias de compresión graduadas en pacientes quirúrgicos. En primer lugar, se buscaron revisiones sistemáticas existentes para identificar los estudios primarios pertinentes. Se realizaron búsquedas en once bases de datos de revisión sistemática y de directrices (incluyendo la Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas, Base de Datos de Resúmenes de Reseñas de Efectos, PROSPERO, Base de Datos de Evaluación de Tecnologías de la Salud y Centro de Intercambio de Directrices Nacionales). En febrero de 2014 utilizando búsquedas sistemáticas de seis bases de datos electrónicas (MEDLINE, MEDLINE en proceso, EMBASE,

CINAHL, AMED y CENTRAL) y dos bases de datos de literatura gris (Clinical Trials.gov y Current Controlled Trials) para identificar ECA publicados después de enero de 2010. Enero de 2010 a febrero de 2014). No se aplicaron restricciones de idioma a las estrategias de búsqueda.

De acuerdo a los criterios de inclusión en la revisión fueron los ensayos y los estudios observacionales de los pacientes sometidos a cirugía (cirugía de día y pacientes hospitalizados). Los estudios elegibles tuvieron que evaluar medias de compresión graduadas de longitud de muslo versus medias de compresión graduadas de longitud de rodilla (con o sin prevención farmacológica estándar) o medias de compresión versus ninguna media. El resultado del interés fue la adherencia del paciente a usar medias de longitud de rodilla o de muslo y preferencia del paciente en términos de longitud de la media.

Así mismo los participantes fueron Pacientes sometidos a cirugía (cirugía de día y pacientes hospitalizados. Respecto a la intervención fue: Medias de compresión graduadas de muslo o de rodilla (con o sin profilaxis farmacológica estándar. La comparación se dio mediante: La longitud alternativa de la media o ninguna media. Los resultados: Adherencia del paciente a usar medias hasta la rodilla o de muslo y preferencia del paciente en términos de longitud de la media

Los resultados de la búsqueda se exportaron a Endnote® Versión 7.2. Dos revisores revisaron de forma independiente los registros para su inclusión. Los resultados de los estudios identificados a partir de la búsqueda realizada como parte de la revisión más amplia fueron consistentes en términos de las experiencias de los pacientes en el uso de las dos diferentes longitudes de la media. Por lo tanto, no se emprendió una búsqueda separada de la literatura para identificar otros estudios observacionales

pertinentes, ya que se consideró que la evidencia adicional no habría aumentado sustancialmente a la base de evidencia.

Respecto a la evaluación de calidad. Los ECA fueron evaluados de acuerdo con la Herramienta de riesgo Cochrane de sesgo (Higgins & Green 2011). Los estudios observacionales se evaluaron sobre si cumplían los siguientes criterios: diseño prospectivo; Grupo de control emparejado; Reclutamiento consecutivo de pacientes; Descripción clara de las medias; Descripción clara de los pacientes. No se consideró apropiada una evaluación más formal de la calidad del estudio, dada la naturaleza de estos estudios.

Los datos sobre adherencia y preferencia del paciente reportados en los ECAs fueron extraídos en EPPI-Review 4.0 por un revisor. Los datos de los estudios observacionales fueron extraídos en un documento de Microsoft Word por un revisor. Un segundo revisor comprobó todos los datos para ver si eran exactos.

En lo concerniente a la síntesis de los resultados cabe mencionar que dada la heterogeneidad entre los estudios y la calidad limitada de los estudios y la cantidad limitada de datos de resultados informados, los datos se presentan en tablas y como un resumen narrativo.

Por otro lado, mencionan que los resultados son producto del análisis de los datos. Normalmente resumen los datos recolectados y el tratamiento estadístico que se les practico en estudios cuantitativos, así como los datos recolectados y los análisis efectuados (en estudios cualitativos). Todo lo anterior si el estudio mesclo ambos enfoques. Es importante destacar que en este apartado no se incluyen conclusiones ni sugerencias, así como tampoco se discuten las implicaciones de los resultados obtenidos. Esto se hace en la parte de resultados, el investigador se limita a describir estos.

Cuando el análisis es cuantitativo, y los resultados se expresan mediante tablas, cuadros, graficas, dibujos, diagramas, y figuras generados por el análisis, cada uno de estos elementos debe ir numerado y con el título que lo identifica.¹⁵

En los resultados de la revisión se identificaron nueve ECA (Ayhan et al., 2013, Benko et al., 2001, Campino et al., 2008, Fredin et al., 1989, Hui et al., 1996, Mellbring y Palmer 1986, Porteous et al., 1989, Turpie et al Wille-Jorgensen et al., 1985) y siete estudios observacionales (publicados en ocho artículos) (Brady et al., 2007, Hameed et al., 2002, Parnaby 2004, Thompson et al., Williams, Williams Williams y Owen 2006, Winslow & Brosz 2008) que proporcionaron datos sobre la adherencia y / o preferencia del paciente (ver Tablas 1 y 2 para las características del estudio).

La mayoría de los estudios incluidos se realizaron en el Reino Unido o Europa y todos los estudios se informaron en inglés. Se publicaron estudios entre 1985 y 2013; Muchos de los ECA se remontan a los años ochenta, por lo tanto, sus resultados pueden no ser generalizables a la práctica actual. Cuatro de los ECA incluyeron pacientes sometidos a cirugía ortopédica (Benko et al., 2001, Fredin et al., 1989, Hui et al., 1996), tres incluyeron pacientes sometidos a cirugía abdominal (Mellbring y Palmer 1986, Porteous et al 1989, Wille-Jorgensen et al., 1985), uno incluyó pacientes sometidos a neurocirugía (Turpie et al., 1989) y un ECA no indicó el tipo de cirugía (Ayhan et al., 2013). Tres de los estudios observacionales incluyeron pacientes sometidos a cirugía ortopédica (Thompson et al., 2011, Williams y Owen 2006), tres incluyeron pacientes de unidades quirúrgicas mixtas (Hameed et al., 2002, Parnaby 2004, Winslow & Brosz 2008) y un estudio observacional incluyó a pacientes admitidos en una serie de unidades de enfermería de cuidados agudos (Brady et al., 2007). Los tamaños de las muestras oscilaron entre 114 y 1.761 en los ECA y entre 50 y 324 en los estudios observacionales.

Los métodos para medir la adherencia no fueron claros en algunos estudios y las definiciones para este resultado fueron inconsistentes entre ECA y estudios observacionales. Por ejemplo, algunos estudios midieron la eliminación de la media / suspensión del tratamiento, otros midieron la tolerancia a las medias o el uso / manejo correcto de las medias. Los estudios también variaron en términos de características y metodología, lo que puede explicar algunas de las diferencias en los niveles de adhesión del paciente y la preferencia por una longitud de media sobre el otro. Los resultados de la evaluación de la calidad de los ECA se presentan en la tabla complementaria S2. Se consideró que un ECA tenía un bajo riesgo de sesgo (Camporese et al., 2008), se consideró que dos RCTS tenían alto riesgo de sesgo (Wille-Jorgensen et al., 1985, Hui et al., 1996) y el riesgo de sesgo No se pudo determinar para los otros seis ECAs debido a que era muy pobre el reporte de los métodos de estudio (Benko et al., 2001, Fredy et al., 1989, Mellbring y Palmer 1986, Turpie et al., 1989, Ayouhan et al., 2013, Porteous et al. 1989).

Los estudios observacionales fueron generalmente pequeñas encuestas sobre el uso de medias de compresión graduadas (en su mayoría <150 pacientes) y la mayoría de los estudios no utilizaron métodos rigurosos. Todos fueron estudios prospectivos, pero ninguno incluyó grupos de control emparejados. En la mayoría de los casos, los pacientes eran una muestra de conveniencia, de aquellos que habían sido ingresados para cirugía o estaban en el hospital seleccionado. Aparte de la amplia etiqueta del procedimiento quirúrgico realizado, la mayoría de los estudios no proporcionaron detalles demográficos de los pacientes estudiados.

Las marcas específicas de las medias estudiadas a menudo no se informaron, aunque hubo una distinción clara entre la longitud del muslo y medias de rodilla en la presentación de los estudios.

Respecto a la adhesión del paciente siete ECA y seis estudios observacionales informaron datos sobre la adherencia del paciente (Tabla 3) (Benko et al., 2001, Hady et al., 2002, Heye et al. 1996, Mellbring y Palmer 1986, Parnaby 2004, Thompson y otros, 2011, Turpie et al., 1989, Wille-Jorgensen et al., 1985, Williams et al., 1996, Winslow & Brosz 2008). Dos ECA compararon la longitud de las medias de muslo versus medias hasta la rodilla.

Hui (1996) incluyó a 138 pacientes sometidos a reemplazo total de cadera o rodilla e informó que una mayor proporción de pacientes con medias de muslo comparada con medias de compresión de rodilla eliminaron las medias debido al disconfort (23% vs 16%, respectivamente). Benko (2001) evaluó a 200 pacientes sometidos a cirugía ortopédica, después de una hora, los resultados fueron estadísticamente significativos, más arrugas y malestar fueron reportados por los pacientes que usan medias de muslo. Cincuenta por ciento de los pacientes no pudieron adaptarse a las medias de forma independiente, con un número similar de pacientes distribuidos en grupos entre el uso de medias de muslo y de rodilla.

Tres ECA que compararon medias de muslo más otro tratamiento versus otro tratamiento por sí solo proporcionaron detalles limitados sobre la adherencia del paciente. Fredin (1989) comparó medias de muslo más dextrano frente a dextrano solo en 144 pacientes ortopédicos, informando que dos de 49 pacientes (4%) en el grupo que tenía las medias más dextrano suspendieron el uso de medias debido a molestias. Wille-Jorgensen (1985) informó que 2 de 86 pacientes (2,3%) sometidos a cirugía abdominal quitaron sus medias de muslo después de cinco días, pero por lo demás fueron bien toleradas. Los autores no informaron las razones para la retirada de las medias (Wille-Jorgensen et al., 1985). Mellbring (1986) simplemente declaró que todos los pacientes sometidos a cirugía abdominal (n = 108) toleraron llevar medias de muslo.

Los otros dos ECA compararon las medias de compresión con otro método de trombopprofilaxis. Camporese (2008) comparó medias de muslo con dos diferentes regímenes de heparina de bajo peso molecular (HBPM); Proporciones similares de pacientes de cada grupo declinaron para completar el régimen profiláctico. Turpie (1989) informó que el 2,5% de los pacientes no usaban medias de muslo correctamente.

Todos los estudios observacionales se llevaron a cabo en un entorno hospitalario y la mayoría de los pacientes fueron asignados a usar medias de muslo. En los seis estudios que informaron sobre la adherencia, esto fue relativamente pobre (Brady et al, 2007, Hameed et al., 2002, Parnaby 2004, Thompson et al., 2011, Williams y otros, 1996, Winslow & Brosz 2008). La proporción de pacientes que no llevaban las medias o las usaban de forma incorrecta parecía ser generalmente mayor en los pacientes que recibían medias de muslo. Aunque los objetivos de los estudios observacionales fueron específicamente evaluar el uso correcto de medias de compresión de las medias de muslo y las medias de compresión de rodilla y para obtener las perspectivas de los pacientes sobre su uso, ellos reflejan adherencia sólo en un entorno hospitalario donde los pacientes son observados por profesionales sanitarios.

A lo largo de los estudios, las razones para no usar medias estaban relacionadas con malestar, provisión de calcetines, retirarse las medias para bañarse, o ya no requerirlas debido a la deambulación. El uso incorrecto estaba relacionado con el uso de medias de tamaño incorrecto, o rodaban hacia abajo, muy astringentes o arrugamiento de la media. En un estudio que incluyó una auditoría y un ensayo de medias de compresión de rodilla, el 74% de los pacientes usaban medias que estaban mal medidas (en relación al tamaño)(Thompson et al., 2011). La implementación de un protocolo estandarizado en el estudio resultó en reducciones estadísticamente significativas en esta proporción al 34%; esta cifra sigue siendo alta (Thompson et al., 2011).

Brady (2007) informó de una fuerte correlación entre la edad y la adherencia, lo que indica que los pacientes mayores llevaban medias más consistentemente en comparación con los pacientes más jóvenes (correlación de Pearson = 0,247; $p = 0,01$ [intervalos de confianza no presentados]). Ninguno de los otros estudios evaluó esta asociación y la evidencia es por lo tanto insuficiente para sacar conclusiones.

Tres estudios observacionales compararon directamente la adherencia a las medias de muslo frente a las medias de rodilla. La falta de adherencia (no usar la medias) fue peor con medias de muslo que las medias de rodilla (16,7% versus 3%, respectivamente) (Hameed et al., 2002). El uso incorrecto también fue mayor con las medias de muslo en comparación con las medias de rodilla; 54% frente a 20% (Winslow & Brosz 2008). Sólo el 13% de los pacientes usó medias de muslo de longitud satisfactoriamente en comparación con el 50% de los pacientes que usan medias de rodilla (teniendo en cuenta el tamaño, bandas de constricción y posicionamiento) (Williams et al., 1996).

Por último la preferencia del paciente. Tres ECA y cinco estudios observacionales presentaron hallazgos sobre la preferencia del paciente (Tabla 4) (Ayhan et al., 2013, Benko et al., 2001, Brady et al., 2007, Hameed et al., 2002, Parnaby 2004, Porteous et al., 1989, Williams & Owen 2006, Winslow & Brosz 2008). De los ocho estudios, seis informaron sobre la preferencia de los pacientes por medias de muslo o rodilla; La mayoría de los pacientes en los seis estudios prefirieron las medias de rodilla (Benko et al., 2001, Brady et al., 2007, Hameed et al., 2002, Porteous et al., 1989, Williams & Owen 2006, Winslow & Brosz 2008).

Un ECA informó que los pacientes encontraron las medias de baja presión en la rodilla "muy cómodas" y las medias de muslo "cómodas", pero los pacientes informaron que las medias de presión moderada en la rodilla eran "incómodas" (Ayhan et al., 2013). Los otros dos ECA informaron que las medias de rodilla eran más aceptables y más cómodas que las medias de muslo (Benko et al., 2001, Porteous et al., 1989).

Parnaby (2004) realizó una encuesta inicial de pacientes que llevaban una marca particular de medias de rodilla o muslo y dos ensayos subsiguientes. El segundo ensayo administró una media modificada para incorporar cambios para superar los problemas identificados por los pacientes en el primer ensayo, incluyendo un cambio en el diseño del talón para evitar el exceso de fricción y la disponibilidad de una versión abierta del dedo del pie. Los pacientes preferían las medias modificadas y el 95% declararon que volverían a usar las medias. Los otros cuatro estudios observacionales informaron la preferencia del paciente en términos de comodidad, facilidad de aplicación y satisfacción general (Brady et al., 2007, Hameed et al., 2002, Williams & Owen 2006, Winslow & Brosz 2008). Una mayor proporción de pacientes en los estudios prefería medias de rodilla, encontrándolos más cómodos.

Respecto a la discusión. En esta revisión de la evidencia cuantitativa sobre la preferencia del paciente y la adherencia a las medias de compresión del muslo o la rodilla para la prevención de TVP en pacientes quirúrgicos se basó en búsquedas sistemáticas de literatura y combinó todas las evidencias disponibles de ECA junto con los mejores datos observacionales sobre preferencia y Adherencia a las medias de muslo frente a las medias de rodilla.

Se identificaron nueve ECA y siete estudios observacionales que informaron datos sobre la adherencia y / o preferencia del paciente con el uso de medias de compresión graduadas después de la cirugía. La adherencia del paciente (usar medias correctamente y por la duración requerida) fue mayor en los ECA que en los estudios observacionales, pero en todos los estudios la proporción de pacientes que no llevaban medias o llevaban medias incorrectamente (no adherencia) Parecían ser generalmente más altos en pacientes que recibían medias de muslo comparado con medias de rodilla. Todos estos estudios reflejan la

adherencia del paciente en un ambiente hospitalario; Es probable que la adherencia sea aún menor después de que los pacientes hayan sido dados de alta del hospital. Esto puede tener implicaciones en la planificación del alta para asegurar que los pacientes seon conscientes de la importancia de adherirse a usar medias correctamente y el uso potencial de recursos adicionales para mejorar y controlar la adherencia de la media.

En los seis estudios que informaron sobre la preferencia de los pacientes por la longitud de la media, los pacientes preferían medias de rodilla sobre las medias de muslo. Algunos de los estudios incluidos indican recomendaciones para la práctica y la realización de futuras investigaciones, incluyendo los tres estudios observacionales realizados por las enfermeras (Brady et al., 2007, Parnaby 2004, Winslow & Brosz 2008). Brady afirma que sus resultados proporcionan evidencia adicional sobre el efecto de que para mejorar el cumplimiento, los problemas de comodidad del paciente deben ser considerados al crear protocolos de tratamiento efectivos (Brady et al., 2007). Parnaby afirma que la profesión de enfermería debe ser el principal grupo dirigido a mejorar la adherencia con el uso de la media de compresión graduada, ya que son responsables de la medición, ajuste y monitoreo del uso de las medias en el paciente (Parnaby 2004). Winslow afirma que las enfermeras deben proporcionar educación al paciente cuando miden, aplican, revisan y retiran las al paciente; Esto es muy importante ya que muchos pacientes continúan usando medias de compresión graduada después del alta hospitalaria (Winslow & Brosz 2008). Winslow también hace recomendaciones para realizar posteriores investigaciones de enfermería, indicando que es importante estudiar a los pacientes en casa para determinar el cumplimiento del paciente después del alta hospitalaria y recomienda entrevistar a las enfermeras que cuidan a los pacientes que usan medias de compresión sobre varios aspectos de su práctica (Winslow & Brosz 2008).

Uno de los ECA incluidos dirigido por un investigador y otro de los estudios observacionales dirigido por un estudiante de medicina también hizo recomendaciones para la práctica. Benko afirma que la dificultad que experimenta el paciente ortopédico en el manejo de las medias subraya la necesidad de controles periódicos para evitar complicaciones isquémicas, particularmente en la población de alto riesgo (Benko et al., 2001). Thompson enfatiza la importancia del ajuste correcto y el monitoreo del uso de la media, indicando que un protocolo estándar de la práctica de enfermería es crítico para la efectividad de las medias de compresión graduadas después del reemplazo total de cadera y reemplazo total de rodilla.

En las limitaciones. Esta revisión sistemática sólo incluyó diseños de estudios cuantitativos y no intentó identificar investigaciones cualitativas. Hubo una variación sustancial entre los estudios incluidos, en términos de características de los pacientes, procedimientos quirúrgicos y metodología. Además, algunos estudios eran muy antiguos y, por lo tanto, no reflejan la práctica actual. La mayoría de los ECA tenían un riesgo poco claro o alto de sesgo y los estudios observacionales fueron a menudo mal informados y basados en tamaños de muestra pequeños. Para algunos de los resultados reportados en los estudios incluidos, se presentaron valores de p, aunque no se informaron estimaciones de precisión (tales como intervalos de confianza). En general, la base de la evidencia de estudios que evalúan la adherencia del paciente quirúrgico y la preferencia por medias de compresión graduadas de muslo o rodilla debe considerarse débil.

A las conclusiones que llegaron fueron: La evidencia sobre la adherencia del paciente quirúrgico y la preferencia por medias de compresión graduadas de muslo o de rodilla sugiere que los pacientes prefieren medias de rodilla y son más propensos a usarlas correctamente. Sin embargo, la base de evidencia es limitada en calidad y cantidad y carece

de datos de "vida real" sobre la adhesión en la comunidad. En muchos contextos clínicos, cualquier diferencia en la eficacia entre las medias de muslo y las medias de rodilla puede hacerse irrelevante por la preferencia del paciente y probablemente haya una mejor adherencia con medias de longitud de rodilla.

Los resultados de nuestra revisión de la literatura indican que es necesario hacer esfuerzos para mejorar la adherencia del paciente al uso correcto de medias de compresión, particularmente de medias de muslo. Las enfermeras tienen un papel vital en la educación del paciente para mejorar su adherencia. Puede ser útil que se presenten a los pacientes hallazgos sobre la efectividad de las diferentes medias. También deben ser conscientes de los problemas prácticos relacionados y cualquier efecto adverso potencial, como con las medias de muslo que pueden enrollarse y impedir el flujo sanguíneo.

Nuestra revisión también indica que, en la práctica, la elección entre medias de muslo y rodilla debe tener en cuenta la probable adhesión dada las necesidades y circunstancias particulares de cada paciente. La incapacidad de un paciente para usar correctamente las medias de muslo puede muy bien sobrepasar cualquier beneficio teórico de eficacia sobre las medias de rodilla. Los resultados de nuestra revisión indican que cualquier investigación futura sobre la efectividad de las medias de compresión graduadas debe tener en cuenta la preferencia del paciente e incorporar la evaluación de la adherencia del paciente, tanto en un entorno hospitalario como después del alta. Una síntesis de la evidencia cualitativa mejoraría nuestra comprensión de las preferencias del paciente y las razones para la no adherencia a la longitud del muslo o medias de compresión de longitud de rodilla.

Respecto a la financiación, no se describen fuentes de financiamiento específicamente, ni otro tipo de apoyo. Sin embargo, los autores hacen mención a un párrafo como: Fondos el cual especifica que: Este proyecto fue encargado por el Programa de HTA de NIHR como número de proyecto HTA 13/72/01. Las opiniones y opiniones expresadas son las de los autores y no reflejan necesariamente las del Programa de HTA de NIHR, NIH, NHS o el Departamento de Salud.

2.3. Importancia de los resultados

Las medias de compresión están disponibles en medias hasta la rodilla y a lo largo del muslo; Los pacientes informan dificultades con el uso de ambos tipos de medias. El uso incorrecto de medias de compresión puede ser inseguro para el estado de salud del paciente. Así mismo la adherencia del paciente es de importancia para la efectividad de las medias de compresión para la prevención de la trombosis venosa profunda.

La adherencia del paciente fue generalmente mayor con la longitud de la rodilla que con las medias de muslo, siendo así que los pacientes preferían las medias de rodilla sobre las medias de muslo.

Es necesario hacer esfuerzos para mejorar la adherencia del paciente al uso correcto de medias de compresión, la elección entre las medias del muslo y de la rodilla debe tener en cuenta la probable adhesión dada las necesidades y circunstancias particulares de cada paciente.

2.4. Nivel de evidencia

El nivel de evidencia para la investigación fue de 1+, porque se basó en una investigación sistemática de ensayos clínicos aleatorizados, y el grado de evidencia moderado debido a que se trata de un estudio sistemático. Así mismo los hallazgos muestran incomodidad en el paciente para usar correctamente las medias hasta el muslo, siendo la de mayor aceptación de medias hasta la rodilla además de la eficacia sobre la utilización de estas. Los resultados de la revisión indican que cualquier investigación futura sobre la efectividad de las medias de compresión

graduadas debe tener en cuenta la preferencia del paciente e incorporar la evaluación de la adherencia del paciente, tanto en un entorno hospitalario como después del alta.

Una síntesis de la evidencia cualitativa mejoraría nuestra comprensión de las preferencias del paciente y las razones para la no adherencia a la longitud del muslo o medias de compresión de longitud de rodilla.

2.5. Respuesta a la pregunta

La evidencia sobre la adherencia del paciente quirúrgico y la preferencia por medias de compresión graduadas de muslo o de rodilla, los pacientes prefieren medias de rodilla y son más propensos a usarlas correctamente. Sin embargo, la base de evidencia es limitada en calidad y cantidad y carece de datos de "vida real" sobre la adhesión en la comunidad. En muchos contextos clínicos, cualquier diferencia en la eficacia entre las medias de muslo y las medias de rodilla puede hacerse irrelevante por la preferencia del paciente y probablemente haya una mejor adherencia con medias de longitud de rodilla.

2.6. Recomendaciones

Capacitar al personal profesional de enfermería sobre los beneficios de las medias de compresión graduada en la prevención de trombosis venosa profunda y la comodidad del paciente sometido a cirugía.

Incluir en el servicio de Sala de Operaciones una guía de práctica clínica, la que debe especificar a los profesionales de enfermería sobre la correcta utilización de las medias de compresión y los beneficios en la prevención de trombosis venosa profunda y la comodidad del paciente sometido a cirugía.

Incentivar a los profesionales de enfermería a que realicen investigaciones sobre beneficios de las medias de compresión graduada en la prevención de trombosis venosa profunda y la comodidad del paciente sometido a cirugía, debido a que todas las evidencias encontradas son de otros países.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Ledesma Pérez M. Fundamentos de enfermería. México: LIMUSA; 2004.
2. De la escuela Universitaria de Enfermería a la escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Conmemoración de los Veinte Años de la Enfermería Universitaria Gaditana. España: Servicio de Publicaciones; 1998.
3. Torres Loayza F. Enfermería Quirúrgica I. 1º Ed. España: Elsevier; 2007.
4. Ros WADE, Fiona PATON, Nerys WOOLACOTT. Revisión sistemática de la preferencia del paciente y adherencia al uso correcto de medias de compresión graduadas para prevenir la trombosis venosa profunda en pacientes quirúrgicos. [Revista on-line] 2017 [Consultado el 03 de mayo del 2017]; 28(5). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27624587>
5. Instituto Joanna Briggs para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia. [Página principal en Internet]. Australia. 2015 [acceso 4 de abril del 2017]. Medias de compresión graduada para la prevención del tromboembolismo venosos postoperatorio [aproximadamente 6 pantallas]. Disponible en: <http://www.murciasalud.es>best-practice>20.gov.co/intrajoomla/images/planeacion/Estructura%20Documental/5%.pdf>
6. Imigo F, Castillo E, Sánchez Alfonso. Profilaxis de la enfermedad tromboembólica en cirugía. 2010. Trabajo de actualización (Estados Unidos). 2010; 39(1): 36
7. Coello P, Rodríguez O, Fargues I. Enfermería Basada en la Evidencia. Hacia la excelencia en los cuidados. 1º Ed. España. DAE: 2004.
8. Burns N, Grove S. INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA: desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. 5º Ed. España. Elsevier; 2012.
9. Polit D, Hungler B. investigación Científica en Ciencias de la Salud. 6º ed. México; 2002.
10. Gonzáles de Dios J, Buñuel Álvarez JC, Aparicio Rodrigo M. Listas guía de comprobación de revisiones sistemáticas y metaanálisis: declaración PRISMA [Revista on-line] 2011 [Consultado el 02 de Mayo del 2017]; 6(2). Disponible en: www.evidenciasenpediatria.es
11. Andréu J. investigación en enfermería. Enferm (Chile). 2007; 56(28): 22-35.
12. Gómez, Marcelo F. Introducción a la Metodología de la Investigación Científica. 1º Ed. Argentina: Brujas; 2006.
13. Tamayo, Mario. El Proceso de la Investigación Científica: Incluye Evaluación y Administración de Procesos de Investigación. 4º Ed. México: LIMUSA; 2004.
14. Namakforoosh. Metodología de la investigación. 2º Ed. México. Limusa. 2005.
15. Rodríguez Moguel E. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN: La creatividad. El rigor del estudio y la integridad son factores que transforman al estudiante en un profesionalista de éxito. Mexica. Zona de la cultura. 2005

ANEXOS

Anexo N° 01

Cuadro N° 01: Descripción del Problema		
1	Contexto-Lugar	Sala de Operaciones
2	Personal de Salud	Personal profesional de enfermería en Sala de Operaciones
3	Paciente	Pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas
4	Problema	<p> Durante la práctica clínica se observa un gran número de pacientes adultos maduros y adultos mayores que son sometidos a cirugías en algunos casos prolongadas, y muchas veces los profesionales de enfermería no toman las precauciones necesarias como por ejemplo la aplicación de medias de compresión de acuerdo a la comodidad del paciente bien sea hasta la rodilla o el muslo lo cual ayudará a disminuir el riesgo de trombosis venosa profunda (TVP) en pacientes post operados</p>
4.1	Evidencias internas: Justificación de práctica habitual	<p> A pesar que el profesional de enfermería conoce cuales son las consecuencias de omitir la aplicación de medias de compresión en pacientes que serán sometidos a cirugías prolongadas no realiza dicha acción debido a que los pacientes ingresan a sala de operaciones de emergencia, la rutina en el profesional de enfermería. En ciertas situaciones si llega a realizarlo nunca le preguntan al paciente si se encuentra cómodo o cuál es su preferencia (aplicar las medias de compresión hasta la rodilla o muslo) es decir la enfermera solo cumple con lo establecido mas no se preocupa por la comodidad y bienestar del paciente.</p>
4.2	Evidencias internas: Justificación de un cambio de práctica	<p> La utilización de medidas de compresión elásticas graduadas por un mecanismo de compresión reduce el área transversal de la extremidad inferior y aumenta la velocidad de flujo sanguíneo tanto de las venas superficiales como profundas. No presenta complicaciones y reduce la TVP en pacientes post operados 50%. Hay distintas longitudes (rodilla y muslo). Además disminuye las estancias hospitalarias y la morbi-mortalidad en los pacientes quirúrgicos.</p>
5	Motivación del problema	<p> Porque es una debilidad constante que se observa en los profesionales de enfermería la aplicación de medias de compresión mecánica en pacientes que lo ameritan, además de ser un gran beneficio no sólo para el paciente sino también para la institución ya que disminuirá la estancia hospitalaria de los pacientes logrando grandes beneficios.</p>

Anexo N° 02

Cuadro de validez de Gálvez Toro		ARTICULO 01
Título de la investigación a validar: Un ensayo clínico aleatorio para comparar la comodidad del paciente y la eficacia de tres diferentes medias de compresión graduada en la prevención de la trombosis venosa profunda postoperatoria		
Metodología: Un aleatorizado clínica de prueba de diseño.		
Año: 2015		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	La gran mayoría de los pacientes (79 · 5%) en el grupo III y 52 · 1% de los pacientes del grupo II declaró experimentar problemas durante el uso de los graduados de compresión medias ($p < 0 \cdot 001$). Los graduados de compresión medias fueron reportados por los pacientes como muy cómodo en el grupo I ($p < 0 \cdot 001$). No hay hallazgos de la trombosis se observaron en ninguno de los grupos.	La baja presión, hasta la rodilla se graduó de compresión medias son tan eficaces como el otro se graduó de compresión medias de diferentes presiones y tamaños en el postoperatorio profunda vena trombosis de la profilaxis, y los pacientes tienen menos problemas durante el uso de estos graduados de compresión medias con un alto grado de satisfacción.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema? ¿Los hallazgos dan respuesta explícita a su problema o no?	Si es útil porque da respuesta al problema formulado	Resuelve el problema
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio? ¿Podemos implantar el cambio?	Dado que realizamos nuestras prácticas en SOP, junto a un equipo multidisciplinario sería interesante comunicar los hallazgos y así mismo evaluarlos. Si puede ser aplicable dado que se posee con los recursos materiales, humanos y conocimiento del personal, para lograr mejores	Puedo aplicarlo

	beneficios en el paciente.	
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	Los hallazgos parecen seguros, aparentemente se cumplieron con los criterios éticos de investigación, así mismo no hubo evidencias de efectos adversos en los participantes del estudio.	Si
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Los hallazgos proceden de una revisión de un aleatorizado clínico de prueba de diseño. Hay consistencia en los estudios el método es el más adecuado para el problema estudiado.	Si

Cuadro de validez de Gálvez Toro		ARTICULO 02
Título de la investigación a validar: Hasta la rodilla frente a la longitud del muslo medias de compresión graduada para la prevención de trombosis venosa profunda en pacientes quirúrgicos postoperatorios.		
Metodología: Ensayos controlados aleatorios (ECA)		
Año: 2012		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Tres estudios, con un total de 496 pacientes, cumplieron los criterios de inclusión para esta revisión. Estos estudios no mostraron ninguna diferencia significativa en la capacidad de los dos modalidades de la pierna de compresión para reducir la incidencia de la trombosis venosa profunda en postoperatorias. Tanto en el modelo de efectos fijos (odds ratio (OR) 1,55, 95% intervalo de confianza (IC) 0,78 a la 3,07 p = 0,21) y el modelo de efectos aleatorios (OR 1,32, IC 95%: 0,43 a la 4,06 p = 0,63) KL graduó medias de compresión eran tan eficaces como TL medias de trombopprofilaxis. Sin embargo, hubo una heterogeneidad significativa (Tau (2) = 0,50; ji (2) = 4,12, df = 2 (P = 0,13); I (2) = 51%) entre los ensayos. Los resultados de esta revisión pueden ser considerados débiles porque hubo una heterogeneidad significativa entre los ensayos incluidos, resultantes de técnicas inadecuadas de asignación al azar, ocultación de la asignación, los cálculos de potencia y la ausencia de análisis por intención de tratar.	Esta revisión encontró que no hay suficiente evidencia de alta calidad para determinar si o no KL y TL GCS difieren en su eficacia en la reducción de la incidencia de la trombosis venosa profunda (TVP) en hospitalizados los pacientes. Se necesita un ECA multicéntrico muy importante para abordar esta cuestión. Mientras tanto, es probable que sea influenciado por factores tales como el cumplimiento del paciente, facilidad de uso y costo implicaciones de la decisión sobre qué tipo de almacenamiento para su uso en la práctica clínica.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Esta investigación no es útil porque no da respuesta a mi problema formulado, debido a que los resultados el investigador lo	No lo resuelve Esta investigación
¿Los hallazgos dan	resultados el investigador lo	encontró que no

<p>respuesta explícita a su problema o no? Si los hallazgos no dan respuesta el estudio puede despreciarse y habrá que continuar buscando. Si dan respuesta pasar al siguiente ítem.</p>	<p>considero débiles además sugiere el método ECA para abordar este tema.</p>	<p>hay suficiente evidencia.</p>
<p>¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio? ¿Podemos implantar el cambio?</p>		
<p>¿Son seguras las evidencias para el paciente?</p>		
<p>¿Son válidos los resultados y los hallazgos?</p>		

Cuadro de validez de Gálvez Toro		ARTICULO 03
Título de la investigación a validar: Muslo de longitud en comparación con las medias de compresión hasta la rodilla para la profilaxis de la trombosis venosa profunda en el entorno hospitalario.		
Metodología: Meta-análisis		
Año: 2012		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Los resultados de los estudios que comparan actuales hasta la rodilla y el muslo de longitud de compresión medias de profundas vena trombosis profilaxis. Un modelo de efectos fijos se utilizó para este estudio cuando se trata de la una de dos caras α -error de menos de 0,05 se considera estadísticamente significativo. Cuando ambas variedades se compararon, hasta el muslo ofrecen una reducción de riesgo en el desarrollo de trombosis venosa profunda en comparación con largo hasta la rodilla (odds ratio de 1,197, intervalo de confianza 0,983-1,458). Siendo un hallazgo significativo	Este análisis concluye que los datos actuales no favorecen a cualquiera de longitud del muslo o la rodilla de compresión medias cuando se trata de la profilaxis de trombosis venosa profunda.
¿Parecen útiles los hallazgos para el problema? ¿Los hallazgos dan respuesta explícita a su problema o no?	Si es útil porque da respuesta al problema formulado	Resuelve el problema
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Dado que realizamos nuestras prácticas en SOP, junto a un equipo multidisciplinario sería interesante comunicar los hallazgos y así mismo evaluarlos. Si puede ser aplicable dado que se posee con los recursos materiales, humanos y conocimiento del personal, para lograr mejores	Puedo aplicarlo

	beneficios en el paciente.	
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	Los hallazgos parecen seguros, aparentemente se cumplieron con los criterios éticos de investigación, así mismo no hubo evidencias de efectos adversos en los participantes del estudio.	Si
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Los hallazgos proceden de una revisión de un meta-análisis. Hay consistencia en los estudios el método es el más adecuado para el problema estudiado.	Si

Cuadro de validez de Gálvez Toro		ARTICULO 04
Título de la investigación a validar: La longitud del muslo versus medias hasta la rodilla anti embolismo para la prevención de la trombosis venosa profunda en pacientes quirúrgicos postoperatorios; una revisión y una red de meta-análisis sistemática.		
Metodología: Ensayos controlados aleatorios (ECA)		
Año: 2016		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o hallazgos?	Se incluyeron 23 ECA; hubo una variación sustancial entre los ensayos y muchos fueron mal informados con un riesgo de sesgo incierto. Cinco ECA que comparen directamente el muslo de longitud frente a la rodilla longitud medias se agruparon y la estimación de resumen del efecto a favor del muslo de longitud medias no fue estadísticamente significativa (OR 1,48, IC del 95%: 0,80 a 2,73). 13 ECA	Las medias a la longitud del muslo pueden ser más eficaces que a la longitud de la rodilla, pero los resultados no alcanzaron significación estadística y la evidencia científica es débil. La investigación adicional para confirmar este hallazgo es poco probable que sea de mérito. Mientras que a la longitud del muslo parecen tener una eficacia superior, cuestiones prácticas tales como la aceptabilidad del paciente pueden evitar el uso en la práctica clínica.
¿Parecen útiles los hallazgos para el problema? ¿Los hallazgos dan respuesta explícita a su problema o no?	Si es útil porque da respuesta a parte del problema formulado	Lo resuelve parcialmente Los resultados no alcanzaron significación y la evidencia es débil.
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio? ¿Podemos implantar el	Dado que realizamos nuestras prácticas en SOP, junto a un equipo multidisciplinario sería interesante comunicar los hallazgos y así mismo	Puedo aplicarlo bajo ciertas condiciones.

cambio?	evaluarlos. Si puede ser aplicable dado que se posee con los recursos materiales, humanos y conocimiento del personal, para lograr mejores beneficios en el paciente.	
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	Los hallazgos parecen seguros, aparentemente se cumplieron con los criterios éticos de investigación, así mismo no hubo evidencias de efectos adversos en los participantes del estudio.	Si
¿Son válidos los resultados y hallazgos?	Los hallazgos proceden de una revisión de ensayos controlados aleatorios. Hay consistencia en los estudios el método es el más adecuado para el problema estudiado.	Si

Cuadro de validez de Gálvez Toro		ARTICULO 05
1 Título de la investigación a validar: Revisión sistemática de la preferencia del paciente y la adhesión a la correcta utilización de medias de compresión graduada para prevenir la trombosis venosa profunda en pacientes quirúrgicos.		
Metodología: Ensayos controlados aleatorios (ECA)		
Año: 2017		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Nueve ensayos controlados aleatorios y siete estudios observacionales se incluyeron en la sistemática revisión. Hubo una variación considerable entre los estudios en cuanto a los pacientes características, las intervenciones y los métodos de evaluación de los resultados.	La adherencia del paciente fue en general mayor con la longitud de las medias hasta la rodilla que al muslo. Cualquier diferencia en la eficacia entre la longitud del muslo y la rodilla puede volverse irrelevantes por parte del paciente
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema? ¿Los hallazgos dan respuesta explícita a su problema o no?	Si es útil porque da respuesta al problema formulado	Resuelve el problema
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio? ¿Podemos implantar el cambio?	Dado que realizamos nuestras prácticas en SOP, junto a un equipo multidisciplinario sería interesante comunicar los hallazgos y así mismo evaluarlos. Si puede ser aplicable dado que se posee con los recursos materiales, humanos y conocimiento del personal, para lograr mejores beneficios en el paciente.	Puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	Los hallazgos parecen seguros, aparentemente se cumplieron con los criterios éticos de investigación, así mismo no hubo evidencias de efectos adversos en los participantes del estudio.	Si
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Los hallazgos proceden de Ensayos controlados aleatorios. Hay consistencia en los estudios el método es el más adecuado para el problema estudiado.	Si

Cuadro de validez de Gálvez Toro		ARTICULO 06
Título de la investigación a validar: Medias de compresión graduada para la prevención de la trombosis venosa profunda.		
Metodología: Ensayos controlados aleatorios (ECA)		
Año: 2014		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o hallazgos?	Se identificaron diecinueve ECA con 1681 pacientes y 1064 piernas individuales (2745 unidades analíticas). De estos 19 ensayos, nueve incluyeron pacientes sometidos a cirugía general, seis incluyeron pacientes sometidos a cirugía ortopédica, y sólo un ensayo incluyó a pacientes médicos. Graduado medias de compresión se aplicaron en el día antes de la cirugía o el mismo día de la cirugía y se usaron hasta el alta o hasta que los pacientes estaban completamente móviles. En la mayoría de los estudios incluidos TVP fue identificado por la radiactivo I (125) prueba de absorción. En general, los estudios incluidos eran de buena quality. En el grupo de tratamiento (GCS) de 1391 unidades 126 TVP desarrollado (9%) en comparación con el control de grupo (sin GCS) de 1354 unidades en las que 282 (21%) desarrollaron trombosis venosa profunda. El odds ratio de Peto (OR) fue de 0,33 (intervalo de confianza del 95% (IC) 0,26 a la 0,41) con un efecto global a favor del tratamiento con GCS (p <0,00001) .Based en los resultados de ocho estudios incluidos, la incidencia de TVP proximal fue de 7 de 517	GCS son eficaces en disminuir el riesgo de la TVP en los pacientes hospitalizados, con una fuerte evidencia que favorece su uso en cirugía general y cirugía ortopédica. Sin embargo, las pruebas de su eficacia en pacientes médicos se limitan a un ensayo

	<p>unidades (1%) en el grupo de tratamiento y 28 de 518 unidades (5%) en el control de grupo. El Peto OR fue de 0,26 (IC del 95%: 0,13 a 0,53) con un tratamiento de efecto global favoreciendo con GCS ($p = 0,0002$). Con base en los resultados de cinco estudios incluidos, la incidencia de EP fue del 5 de 283 (2%) de los participantes en el grupo de tratamiento y 14 de 286 (5%) en el control del grupo. El Peto OR fue de 0,38 (IC del 95%: 0,15 a 0,96) con un tratamiento de efecto global favoreciendo con GCS ($p = 0,04$). Estaban disponibles para evaluar con precisión la incidencia de efectos adversos y complicaciones con el uso de GC datos limitados.</p>	
<p>¿Parecen útiles los hallazgos para el problema? ¿Los hallazgos dan respuesta explícita a su problema o no?</p>	<p>Si es útil porque da respuesta al problema formulado</p>	<p>Resuelve el problema</p>
<p>¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio? ¿Podemos implantar el cambio?</p>	<p>Dado que realizamos nuestras prácticas en SOP, junto a un equipo multidisciplinario sería interesante comunicar los hallazgos y así mismo evaluarlos. Si puede ser aplicable dado que se posee con los recursos materiales, humanos y conocimiento del personal, para lograr mejores beneficios en el paciente.</p>	<p>Puedo aplicarlo bajo ciertas condiciones.</p>
<p>¿Son seguras las evidencias para el paciente?</p>	<p>Los hallazgos parecen seguros, aparentemente se cumplieron con los criterios éticos de investigación, así mismo no hubo evidencias de efectos</p>	<p>Si</p>

		adversos en los participantes del estudio.	
¿Son válidos los resultados y hallazgos?	los	Los hallazgos proceden de una revisión de Ensayos controlados aleatorios, en donde se identificaron 19 ECA. Hay consistencia en los estudios el método es el más adecuado para el problema estudiado.	Si

Cuadro de validez de Gálvez Toro		ARTICULO 07
Título de la investigación a validar: Medias de compresión graduada para la prevención de la trombosis venosa profunda en pacientes quirúrgicos postoperatorios: una revisión sistemática y un modelo económico con un valor de análisis de información.		
Metodología: Ensayos controlados aleatorios (ECA)		
Año: 2015		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Veintitrés ECA se incluyeron en la revisión de la eficacia. Hubo una variación significativa entre los ensayos en cuanto a las características de los pacientes, las intervenciones y los métodos de evaluación de los resultados. Cinco ensayos que comparan hasta la rodilla con el muslo de longitud GCS con o sin pharmacophylaxis se agruparon; la estimación de resumen del efecto indica una tendencia no significativa a favor de muslo de longitud GCS [odds ratio (OR) 1,48, 95% intervalo de confianza (IC) 0,80 a 2,73]. Trece ensayos se incluyeron en el NMA. En el análisis del caso base, hasta el muslo con GCS y pharmacophylaxis fueron más efectivos que hasta la rodilla con GCS y pharmacophylaxis (rodilla contra muslo o 1,76, 95% intervalo de credibilidad 0,82 a 3,53). En general, hasta el muslo medias con pharmacophylaxis fue el tratamiento más eficaz, con una probabilidad de 0,73 de ser el tratamiento más eficaz para un nuevo juicio de todos los tratamientos. Adherencia de los pacientes fue generalmente mayor con la rodilla-longitud de GCS, y los pacientes prefieren hasta la rodilla GCS. Muslo de longitud GCS resultaron ser rentable en todo menos en el	Teniendo en cuenta que los resultados de ambos el estándar de meta-análisis y la NMA carecían de precisión (IC fueron amplios), debido a la base de pruebas heterogénea, un nuevo estudio definitivo en pacientes de alto riesgo puede estar justificada. Sin embargo, la eficiencia de cualquier investigación adicional (es decir, si esto representa relación calidad-precio) depende de varios factores, incluyendo el precio de adquisición de GCS, el cumplimiento de lo esperado con el desgaste del muslo de longitud GCS, e independientemente de si la incertidumbre se puede resolver todo el posible efecto modificadores, así como la viabilidad y el coste real de la realización de la investigación.

	subgrupo con el riesgo basal más baja, a pesar de las diferencias absolutas en los costos y los efectos fueron relativamente pequeños. El valor esperado de la información perfecta varió de 0,2 M £ a £ 178.0M dependiendo del escenario y subgrupo. Los parámetros de los efectos relativos tuvieron el mayor valor esperado de la información perfecta y parcial varió de 2,0 M £ a £ 39.4M. El valor de la investigación adicional fue más evidente en los subgrupos de alto riesgo.	
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema? ¿Los hallazgos dan respuesta explícita a su problema o no? Si los hallazgos no dan respuesta el estudio puede despreciarse y habrá que continuar buscando. Si dan respuesta pasar al siguiente ítem.	Esta investigación no es útil porque no da respuesta a mi problema formulado, además de utilizar medias de compresión se hace uso de pharmacoprophylaxis, para la prevención de TVP en pacientes quirúrgicos.	No lo resuelve Debido a que además de las medias de compresión se utilizan fármacos, para la prevención de TVP, además el trabajo no está dirigido a ello.
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio? ¿Podemos implantar el cambio?		No
¿Son seguras las evidencias para el paciente?		No
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?		No

Anexo N° 03**Artículo seleccionado****Revisión sistemática de la preferencia del paciente y adherencia al uso correcto de medias de compresión graduadas para prevenir la trombosis venosa profunda en pacientes quirúrgicos**

Autores:

Ros WADE, Research Fellow, Centre for Reviews and Dissemination, University of York, York, UK. BSc, MSc.

Fiona PATON, Research Fellow, Centre for Reviews and Dissemination, University of York, York, UK. BSc, MSc.

Nerys WOOLACOTT, Senior Research Fellow, Centre for Reviews and Dissemination, University of York, York, UK. BSc, PhD.

Encabezado: Preferencia del paciente y adherencia a las medias de compresión

Correspondencia del autor:

Mrs Ros Wade, Centre for Reviews and Dissemination, University of York, York YO10 5DD. Tel : 01904 321051. Email: ros.wade@york.ac.uk

Agradecimientos:

Los autores desean agradecer a Dave Fox, Especialista en Información, Centro de Revisión y Difusión, por realizar las búsquedas electrónicas. Además, queremos agradecer a nuestra representante paciente, señora Kaye Norman, por consejo.

Conflicto de intereses:

Ningún conflicto de interés ha sido declarado por los autores.

Fondos:

Este proyecto fue encargado por el Programa de HTA de NIHR como número de proyecto HTA 13/72/01. Las opiniones y opiniones expresadas son las de los autores y no reflejan necesariamente las del Programa de HTA de NIHR, NIH, NHS o el Departamento de Salud.

RESUMEN

Objetivo: Explorar la preferencia del paciente y la adherencia a las medias de compresión graduadas de muslos y rodillas para la prevención de la trombosis venosa profunda en pacientes quirúrgicos.

Antecedentes: Los pacientes hospitalizados corren el riesgo de desarrollar trombosis venosa profunda. Métodos mecánicos de profilaxis incluyen medias de compresión, disponibles hasta las rodilla o considerando la longitud del muslo. La adherencia del paciente al uso correcto de la media es de importancia crítica para su efectividad.

Diseño: Revisión sistemática de la evidencia cuantitativa.

Fuentes de datos: Once bases de datos fueron buscadas desde el inicio hasta el 2013 sobre revisiones sistemáticas que trataran sobre medias de compresión. Se realizaron revisiones de los estudios primarios pertinentes y se realizaron búsquedas de actualización de ocho fuentes electrónicas (2010-2014).

Métodos de revisión: Los ensayos controlados aleatorios y los estudios observacionales de pacientes quirúrgicos usando medias de compresión fueron evaluados y los datos fueron extraídos considerando la adherencia y preferencia del paciente. Se presenta un resumen narrativo.

Resultados: Nueve ensayos controlados aleatorios y siete estudios observacionales se incluyeron en la revisión sistemática. Hubo una variación sustancial entre los estudios en cuanto a las características de los pacientes, las intervenciones y los métodos de evaluación de los resultados.

Conclusión: La adherencia del paciente fue generalmente mayor con las medias hasta las rodillas que con las medias de muslo. Sin embargo, los estudios reflejan la adherencia del paciente en un entorno hospitalario solamente, donde los pacientes son observados por profesionales de la salud; es probable que la adherencia se reduzca una vez que los pacientes han sido dados de alta del hospital. Los pacientes preferían las medias hasta las rodillas en vez que las medias de muslo. En muchos contextos clínicos cualquier diferencia en la eficacia entre las medias de muslo y las medias hasta la rodilla puede hacerse irrelevante por la preferencia del paciente y probablemente una mejor adherencia a medias hasta la rodilla.

Palabras claves:

Preferencia del paciente, adherencia del paciente, media de compresión graduada, medias anti embolia, trombosis venosa profunda, revisión de la literatura, revisión sistemática, enfermería.

DECLARACIÓN RESUMIDA

¿Por qué es necesaria esta revisión?

Los pacientes quirúrgicos corren mayor riesgo de desarrollar trombosis venosa profunda. Las guías clínicas del Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención recomiendan varias formas de profilaxis, incluyendo métodos mecánicos, como medias de compresión graduadas.

Las medias de compresión están disponibles en medias hasta la rodilla y a lo largo del muslo; Los pacientes informan dificultades con el uso de ambos tipos de medias. El uso incorrecto de medias de compresión puede ser inseguro.

La adherencia del paciente es de importancia crítica para la efectividad de las medias de compresión para la prevención de la trombosis venosa profunda.

¿Cuáles son los hallazgos clave?

Hay una variación sustancial en las características de los estudios que evalúan la preferencia del paciente y la adherencia a las medias de compresión, muchos estudios están mal informados con un riesgo de sesgo poco claro.

La adherencia del paciente fue generalmente mayor con la longitud de la rodilla que con las medias de muslo.

Los pacientes preferían las medias de rodilla sobre las medias de muslo.

¿Cómo deben usarse los resultados para influir en la política / práctica / investigación?

Es necesario hacer esfuerzos para mejorar la adherencia del paciente al uso correcto de medias de compresión, particularmente de medias de muslo.

La elección entre las medias del muslo y de la rodilla debe tener en cuenta la probable adhesión dada las necesidades y circunstancias particulares de cada paciente.

Cualquier investigación futura sobre la efectividad de las medias de compresión debe

Tener en cuenta la preferencia del paciente e incorporar la evaluación de la adherencia del paciente, tanto en un entorno hospitalario como después del alta.

INTRODUCCIÓN

La trombosis venosa es una condición donde un coágulo de sangre se forma en una vena, más comúnmente las venas profundas de las piernas. El coágulo puede romperse y viajar a los pulmones, causando una embolia pulmonar potencialmente mortal (PE). La trombosis venosa profunda (TVP) suele ser

asintomática y sólo se detecta durante el cribado, aunque puede estar asociada con dolor en las piernas y / o hinchazón como resultado de la oclusión de la vena (National Institute for Health and Care Excellence 2010).

Ciertas personas, en particular los pacientes hospitalizados, corren mayor riesgo de sufrir TVP. Factores tales como inmovilización, disminución de la ingesta de líquidos y pérdida excesiva de líquidos corporales pueden causar cambios en la pared de los vasos sanguíneos, el flujo sanguíneo y las propiedades de la sangre. El trauma y la cirugía también pueden aumentar el riesgo de TVP (Sajid et al., 2012).

En el Reino Unido, las directrices clínicas del Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Atención (NICE). Recomiendan diversas formas de profilaxis basadas en su efectividad para reducir el riesgo de TVP y teniendo en cuenta los factores individuales del paciente y de acuerdo al juicio clínico.

La profilaxis puede ser farmacológica (usualmente heparina de bajo peso molecular o heparina no fraccionada) y / o mecánica. Los métodos mecánicos de profilaxis incluyen medias de compresión graduadas, dispositivos de compresión neumáticos intermitentes y bombas de pie neumáticas. Las medias de compresión graduadas ejercen presión en un gradiente decreciente desde el tobillo hacia el muslo, lo que aumenta el flujo sanguíneo y promueve el retorno venoso, evitando así la distensión venosa pasiva que se cree que previene las lágrimas sub-endoteliales y la activación de factores de coagulación (National Institute for Health and Care Excellence 2010). La evidencia sugiere que las medias de compresión pueden reducir la incidencia de TVP postoperatoria a aproximadamente 11%, mientras que la dosis baja de heparina reduce la tasa a alrededor del 9%; Utilizados juntos la tasa de TVP se reduce aún más (Nicolaidis et al., 2001).

Antecedentes

Las medias de compresión graduadas están disponibles como medias de rodilla o muslo. Una revisión sistemática reciente identificó que las medias de muslo de longitud son probablemente más eficaces que las de rodilla.

Una revisión sistemática reciente identificó que las medias de longitud de muslo son probablemente más efectivas que las medias de longitud de rodilla en la prevención de TVP en pacientes quirúrgicos, aunque debido a limitaciones hay cierta incertidumbre sobre esto, en particular cómo actúan en el mundo real (Wade et al.). Los pacientes informan que ambas longitudes de medias son difíciles de usar (Brady et al., 2007, Hameed et al., 2002). El uso incorrecto de las medias de compresión puede ser inseguro: las medias de muslo que se ajustan incorrectamente o que ruedan la pierna pueden crear un efecto de torniquete, que puede dañar la piel y reducir el flujo venoso (Sajid et al., 2012).

Además, una longitud de almacenamiento puede ser más apropiada que la otra en ciertos pacientes; Las medias de longitud de rodilla pueden ser más propensas a inducir complicaciones de heridas en pacientes sometidos a cirugía de reemplazo de rodilla cuando el soporte elástico se encuentra sobre la herida, creando presión indeseada localizada. También hay algunos pacientes para los que las medias de compresión están contraindicadas, como los que tienen enfermedad arterial periférica, insuficiencia cardíaca y edema severo de pierna (National Institute for Health and Care Excellence 2010).

En la práctica, la capacidad y la disposición de los pacientes a usar medias correctamente es de importancia crítica para su eficacia. La no adherencia a las intervenciones, definida como la medida en que la acción del paciente no coincide con las recomendaciones acordadas por el prescriptor (Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Atención 2009), puede reducir los beneficios de las intervenciones en salud. La no adherencia puede ser el resultado de la conducta del paciente, pero también podría reflejar una limitación fundamental en la prestación de atención de salud.

En este caso específico, por ejemplo, puede haber un fracaso en educar correctamente a los pacientes en el uso de medias de rodilla o muslo, falta de monitoreo del uso correcto o falta de identificación y apoyo que los pacientes necesitan después del alta (Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Atención 2010). Una revisión sistemática anterior realizada para las guías de NICE identificó sólo un ensayo controlado aleatorio (ECA) y dos estudios observacionales que evaluaron las opiniones de los pacientes y la adhesión a los dispositivos mecánicos (National Institute for Health and Care Excellence 2010).

LA REVISIÓN

Objetivo

El objetivo de esta revisión sistemática fue evaluar la evidencia sobre la adherencia del paciente y la preferencia por medias de compresión graduadas de rodilla o muslo para la prevención de TVP en pacientes quirúrgicos. Esta revisión se realizó como parte de un proyecto más grande que comparaba la clínica y la rentabilidad de las medias de rodilla y muslo.

Diseño

La revisión sistemática se realizó e informó siguiendo los principios generales para llevar a cabo una revisión sistemática de las intervenciones de salud recomendadas en la guía del CRD para llevar a cabo revisiones en la atención médica (Centro de Revisiones y Difusión 2009) y la guía de la declaración PRISMA (Moher et al. 2009). El protocolo de investigación para el proyecto más amplio del cual esta revisión sistemática forma parte, se inscribió en el registro prospectivo internacional de revisiones sistemáticas (número de registro PROSPERO: CRD42014007202).

Métodos de búsqueda

Se llevó a cabo un enfoque sistemático para identificar la evidencia sobre la preferencia y / o adherencia del paciente con respecto a las medias de compresión graduadas. La búsqueda bibliográfica se realizó como parte del proyecto más amplio y abarcó todas las publicaciones relevantes para medias de compresión graduadas en pacientes quirúrgicos (Wade et al., 2015). En primer

lugar, se buscaron revisiones sistemáticas existentes para identificar los estudios primarios pertinentes.

Se realizaron búsquedas en once bases de datos de revisión sistemática y de directrices (incluyendo la Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas, Base de Datos de Resúmenes de Reseñas de Efectos, PROSPERO, Base de Datos de Evaluación de Tecnologías de la Salud y Centro de Intercambio de Directrices Nacionales). En febrero de 2014 utilizando búsquedas sistemáticas de seis bases de datos electrónicas (MEDLINE, MEDLINE en proceso, EMBASE, CINAHL, AMED y CENTRAL) y dos bases de datos de literatura gris (Clinical Trials.gov y Current Controlled Trials) para identificar ECA publicados después de enero de 2010. Enero de 2010 a febrero de 2014). No se aplicaron restricciones de idioma a las estrategias de búsqueda. La estrategia de búsqueda desarrollada para Ovid MEDLINE se presenta en la tabla suplementaria S1.

Elegibles para la inclusión en la revisión fueron los ensayos y los estudios observacionales de los pacientes sometidos a cirugía (cirugía de día y pacientes hospitalizados). Los estudios elegibles tuvieron que evaluar medias de compresión graduadas de longitud de muslo versus medias de compresión graduadas de longitud de rodilla (con o sin prevención farmacológica estándar) o medias de compresión versus ninguna media. El resultado del interés fue la adherencia del paciente a usar medias de longitud de rodilla o de muslo y preferencia del paciente en términos de longitud de la media. Los criterios de inclusión se indican a continuación en formato PICO.

Participantes: Pacientes sometidos a cirugía (cirugía de día y pacientes hospitalizados) Intervención: Medias de compresión graduadas de muslo o de rodilla (con o sin profilaxis farmacológica estándar) Comparación: La longitud alternativa de la media o ninguna media. Resultados: Adherencia del paciente a usar medias hasta la rodilla o de muslo y preferencia del paciente en términos de longitud de la media

Resultados de la búsqueda

Los resultados de la búsqueda se exportaron a Endnote® Versión 7.2. Dos revisores revisaron de forma independiente los registros para su inclusión. Los resultados de los estudios identificados a partir de la búsqueda realizada como parte de la revisión más amplia fueron consistentes en términos de las experiencias de los pacientes en el uso de las dos diferentes longitudes de la media. Por lo tanto, no se emprendió una búsqueda separada de la literatura para identificar otros estudios observacionales pertinentes, ya que se consideró que la evidencia adicional no habría aumentado sustancialmente a la base de evidencia.

Evaluación de calidad

Los ECA fueron evaluados de acuerdo con la Herramienta de riesgo Cochrane de sesgo (Higgins & Green 2011). Los estudios observacionales se evaluaron sobre si cumplían los siguientes criterios: diseño prospectivo; Grupo de control emparejado; Reclutamiento consecutivo de pacientes; Descripción clara de las medias; Descripción clara de los pacientes. No se consideró apropiada una evaluación más formal de la calidad del estudio, dada la naturaleza de estos estudios.

Abstracción de datos

Los datos sobre adherencia y preferencia del paciente reportados en los ECAs fueron extraídos en EPPI-Review 4.0 por un revisor. Los datos de los estudios observacionales fueron extraídos en un documento de Microsoft Word por un revisor. Un segundo revisor comprobó todos los datos para ver si eran exactos.

Síntesis

Dada la heterogeneidad entre los estudios y la calidad limitada de los estudios y la cantidad limitada de datos de resultados informados, los datos se presentan en tablas y como un resumen narrativo.

Anexo N° 04

Listas guía de comprobación de revisiones sistemáticas y metaanálisis: declaración PRISMA

Título y resumen

1. Título.

El autor propone un título atractivo para los lectores, resume la idea principal de la investigación e identifica la variable y su relación con el trabajo de investigación, hace mención de las variables en uso y utiliza términos sencillos para el lector. Sin embargo, según Andréu J. los títulos no deben de ser cortos o largos, pueden tener entre 15 a 20 palabras además de ser sencillos y precisos. El trabajo de investigación en mención está constituido por 26 palabras lo cual está fuera del rango permitido. Es importante mencionar que la investigación es una revisión sistemática la cual nos permitió priorizar frente a otros estudios.

Resumen

2. Resumen estructurado

Respecto al resumen contiene brevemente el contenido esencial del reporte de investigación, un máximo de 250 palabras, donde usualmente se incluye a su vez un resumen escueto del planteamiento del problema, del método, los resultados más importantes y las principales conclusiones. Debe ser comprensible, sencillo, informativo, preciso y completo. El resumen contiene un contenido coherente, sintetiza el problema y los objetivos de la investigación, la metodología utilizada, los resultados obtenidos, las principales conclusiones sin embargo exceden el número de palabras 350.

Introducción

3. Justificación

La introducción. Tiene la función de introducir, valga la redundancia, al lector, en el área de conocimiento de la investigación. Debe de incluir una breve reseña de cómo era el “estado del arte” al iniciarse la investigación. Incluye los conocimientos de que se disponía al comenzar el trabajo, brevemente tratados de manera concreta y específica, de manera que cuando el lector la haya terminado, este ubicado en la temática de que trata el reporte. Ya introducido el lector en la temática podrá entender entonces el planteamiento del problema (objetivos y preguntas de investigación), así como la justificación del estudio, las variables y los términos.¹⁵

4. Objetivos

En la revisión sistemática, la introducción señala el problema o marco general en el que se ubica el tema. Por ende refieren el objeto de estudio y el objetivo de la investigación. Con menor frecuencia mencionan la importancia del trabajo de investigación. Así mismo se le sugeriría al autor ampliar la descripción de la problemática donde se desarrolló el estudio y describir más claramente la pregunta que se desea contestar.

Métodos

5. Protocolo y registro

Respecto al método. En Esta parte del reporte se describe como fue llevado a cabo la investigación, e incluye la explicación de: el enfoque adoptado (cuantitativo, cualitativo o mixto), y su por qué. El contexto de la investigación. Es decir el lugar físico, la población, los acontecimientos que pudieran influir en los resultados obtenidos, las características particulares del objeto de estudio, etc. El diseño utilizado (experimental o no experimental, y qué tipo). Sujetos, universo y muestra (procedimiento de selección de la muestra). El o los instrumentos de recolección de datos utilizados (descripción precisa, confiabilidad, validez y variables, o conceptos eventos, situaciones,

categorías, etc.). El procedimiento, es decir los detalles de cómo se llevó a cabo el trabajo de campo y la recolección de datos, si se encontraron problemas, como se sortearon, así como el tipo de análisis que se efectuó.

6. Criterios de elegibilidad

Así mismo se llevó a cabo un enfoque sistemático para identificar la evidencia sobre la preferencia y / o adherencia del paciente con respecto a las medias de compresión graduadas. La búsqueda bibliográfica se realizó como parte del proyecto más amplio y abarcó todas las publicaciones relevantes para medias de compresión graduadas en pacientes quirúrgicos.

7. Fuentes de información

La investigación, se realizó e informó siguiendo los principios generales para llevar a cabo una revisión sistemática de las intervenciones de salud recomendadas en la guía de Centro de Revisiones y Difusión 2009 (CRD) para llevar a cabo revisiones en la atención médica y la guía de la declaración PRISMA (Moher et al. 2009). El protocolo de investigación para el proyecto más amplio del cual esta revisión sistemática forma parte, se inscribió en el registro prospectivo internacional de revisiones sistemáticas (número de registro PROSPERO: CRD42014007202).

8. Búsqueda

Se buscaron revisiones sistemáticas existentes para identificar los estudios primarios pertinentes. Se realizaron búsquedas en once bases de datos de revisión sistemática y de directrices (incluyendo la Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas, Base de Datos de Resúmenes de Reseñas de Efectos, PROSPERO, Base de Datos de Evaluación de Tecnologías de la Salud y Centro de Intercambio de Directrices Nacionales). En febrero de 2014 utilizando búsquedas sistemáticas de seis bases de datos electrónicas (MEDLINE, MEDLINE en proceso, EMBASE, CINAHL, AMED y CENTRAL) y dos bases de datos de literatura gris (Clinical Trials.gov y Current Controlled Trials)

para identificar ECA publicados después de enero de 2010. Enero de 2010 a febrero de 2014). No se aplicaron restricciones de idioma a las estrategias de búsqueda.

9. Selección de los estudios

De acuerdo a los criterios de inclusión en la revisión fueron los ensayos y los estudios observacionales de los pacientes sometidos a cirugía (cirugía de día y pacientes hospitalizados). Los estudios elegibles tuvieron que evaluar medias de compresión graduadas de longitud de muslo versus medias de compresión graduadas de longitud de rodilla (con o sin prevención farmacológica estándar) o medias de compresión versus ninguna media. El resultado del interés fue la adherencia del paciente a usar medias de longitud de rodilla o de muslo y preferencia del paciente en términos de longitud de la media.

10. Proceso de extracción de datos

Los datos sobre adherencia y preferencia del paciente reportados en los ECAs fueron extraídos en EPPI-Review 4.0 por un revisor.

11. Lista de datos

Los datos de los estudios observacionales fueron extraídos en un documento de Microsoft Word por un revisor. Un segundo revisor comprobó todos los datos para ver si eran exactos.

12. Riesgo de sesgo en los estudios individuales

Los participantes fueron Pacientes sometidos a cirugía (cirugía de día y pacientes hospitalizados). Respecto a la intervención fue: Medias de compresión graduadas de muslo o de rodilla (con o sin profilaxis farmacológica estándar). La comparación se dio mediante: La longitud alternativa de la media o ninguna media. Los resultados: Adherencia del

paciente a usar medias hasta la rodilla o de muslo y preferencia del paciente en términos de longitud de la media

13. Medidas de resumen

Los resultados de la búsqueda se exportaron a Endnote® Versión 7.2. Dos revisores revisaron de forma independiente los registros para su inclusión. Los resultados de los estudios identificados a partir de la búsqueda realizada como parte de la revisión más amplia fueron consistentes en términos de las experiencias de los pacientes en el uso de las dos diferentes longitudes de la media.

14. Síntesis de resultados

En lo concerniente a la síntesis de los resultados cabe mencionar que dada la heterogeneidad entre los estudios y la calidad limitada de los estudios y la cantidad limitada de datos de resultados informados, los datos se presentan en tablas y como un resumen narrativo.

15. Riesgo de sesgo entre los estudios

Respecto a la evaluación de calidad. Los ECA fueron evaluados de acuerdo con la Herramienta de riesgo Cochrane de sesgo (Higgins & Green 2011). Los estudios observacionales se evaluaron sobre si cumplían los siguientes criterios: diseño prospectivo; Grupo de control emparejado; Reclutamiento consecutivo de pacientes; Descripción clara de las medias; Descripción clara de los pacientes. No se consideró apropiada una evaluación más formal de la calidad del estudio, dada la naturaleza de estos estudios.

16. Análisis adicionales

Por lo tanto, no se emprendió una búsqueda separada de la literatura para identificar otros estudios observacionales pertinentes, ya que se consideró que la evidencia adicional no habría aumentado sustancialmente a la base de evidencia.

Resultados

17. Selección de estudios

Por otro lado, mencionan que los resultados son producto del análisis de los datos. Normalmente resumen los datos recolectados y el tratamiento estadístico que se les practico (en estudios cuantitativos), así como los datos recolectados y los análisis efectuados (en estudios cualitativos). Todo lo anterior si el estudio mesclo ambos enfoques. Es importante destacar que en este apartado no se incluyen conclusiones ni sugerencias, así como tampoco se discuten las implicaciones de los resultados obtenidos. Esto se hace en la parte de resultados, el investigador se limita a describir estos. Cuando el análisis es cuantitativo, y los resultados se expresan mediante tablas, cuadros, graficas, dibujos, diagramas, y figuras generados por el análisis, cada uno de estos elementos debe ir numerado y con el título que lo identifica.

18. Características de los estudios

En los resultados de la revisión se identificaron nueve ECA (Ayhan et al., 2013, Benko et al., 2001, Campino et al., 2008, Fredin et al., 1989, Hui et al., 1996, Mellbring y Palmer 1986, Porteous et al., 1989, Turpie et al Wille-Jorgensen et al., 1985) y siete estudios observacionales (publicados en ocho artículos) (Brady et al., 2007, Hameed et al., 2002, Parnaby 2004, Thompson et al., Williams, Williams Williams y Owen 2006, Winslow & Brosz 2008) que proporcionaron datos sobre la adherencia y / o preferencia del paciente (ver Tablas 1 y 2 para las características del estudio).

La mayoría de los estudios incluidos se realizaron en el Reino Unido o Europa y todos los estudios se informaron en inglés. Se publicaron estudios entre 1985 y 2013; Muchos de los ECA se remontan a los años ochenta, por lo tanto, sus resultados pueden no ser generalizables a la práctica actual. Cuatro de los ECA incluyeron pacientes sometidos a cirugía ortopédica (Benko et al., 2001, Fredin et al., 1989, Hui et al., 1996), tres incluyeron pacientes sometidos a cirugía abdominal (Mellbring y Palmer 1986, Porteous et al 1989, Wille-

Jorgensen et al., 1985), uno incluyó pacientes sometidos a neurocirugía (Turpie et al., 1989) y un ECA no indicó el tipo de cirugía (Ayhan et al., 2013). Tres de los estudios observacionales incluyeron pacientes sometidos a cirugía ortopédica (Thompson et al., 2011, Williams y Owen 2006), tres incluyeron pacientes de unidades quirúrgicas mixtas (Hameed et al., 2002, Parnaby 2004, Winslow & Brosz 2008) y un estudio observacional incluyó a pacientes admitidos en una serie de unidades de enfermería de cuidados agudos (Brady et al., 2007). Los tamaños de las muestras oscilaron entre 114 y 1.761 en los ECA y entre 50 y 324 en los estudios observacionales.

19. Riesgo de sesgo en los estudios

Respecto a la evaluación de calidad. Los ECA fueron evaluados de acuerdo con la Herramienta de riesgo Cochrane de sesgo (Higgins & Green 2011). Los estudios observacionales se evaluaron sobre si cumplían los siguientes criterios: diseño prospectivo; Grupo de control emparejado; Reclutamiento consecutivo de pacientes; Descripción clara de las medias; Descripción clara de los pacientes. No se consideró apropiada una evaluación más formal de la calidad del estudio, dada la naturaleza de estos estudios.

20. Resultados de los estudios individuales

Los métodos para medir la adherencia no fueron claros en algunos estudios y las definiciones para este resultado fueron inconsistentes entre ECA y estudios observacionales. Por ejemplo, algunos estudios midieron la eliminación de la media / suspensión del tratamiento, otros midieron la tolerancia a las medias o el uso / manejo correcto de las medias. Los estudios también variaron en términos de características y metodología, lo que puede explicar algunas de las diferencias en los niveles de adhesión del paciente y la preferencia por una longitud de media sobre el otro. Los resultados de la evaluación de la calidad de los ECA se presentan en la tabla complementaria S2. Se consideró que un ECA tenía un bajo riesgo de sesgo (Camporese et al., 2008), se consideró que dos RCTS tenían alto riesgo de sesgo (Wille-Jorgensen

et al., 1985, Hui et al., 1996) y el riesgo de sesgo No se pudo determinar para los otros seis ECAs debido a que era muy pobre el reporte de los métodos de estudio (Benko et al., 2001, Fredy et al., 1989, Mellbring y Palmer 1986, Turpie et al., 1989, Ayouhan et al., 2013, Porteous et al. 1989).

Los estudios observacionales fueron generalmente pequeñas encuestas sobre el uso de medias de compresión graduadas (en su mayoría <150 pacientes) y la mayoría de los estudios no utilizaron métodos rigurosos. Todos fueron estudios prospectivos, pero ninguno incluyó grupos de control emparejados. En la mayoría de los casos, los pacientes eran una muestra de conveniencia, de aquellos que habían sido ingresados para cirugía o estaban en el hospital seleccionado. Aparte de la amplia etiqueta del procedimiento quirúrgico realizado, la mayoría de los estudios no proporcionaron detalles demográficos de los pacientes estudiados.

Las marcas específicas de las medias estudiadas a menudo no se informaron, aunque hubo una distinción clara entre la longitud del muslo y medias de rodilla en la presentación de los estudios.

Respecto a la adhesión del paciente siete ECA y seis estudios observacionales informaron datos sobre la adherencia del paciente (Tabla 3) (Benko et al., 2001, Hady et al., 2002, Heye et al. 1996, Mellbring y Palmer 1986, Parnaby 2004, Thompson y otros, 2011, Turpie et al., 1989, Wille-Jorgensen et al., 1985, Williams et al., 1996, Winslow & Brosz 2008). Dos ECA compararon la longitud de las medias de muslo versus medias hasta la rodilla.

Hui (1996) incluyó a 138 pacientes sometidos a reemplazo total de cadera o rodilla e informó que una mayor proporción de pacientes con medias de muslo comparada con medias de compresión de rodilla eliminaron las medias debido al discomfort (23% vs 16%, respectivamente). Benko (2001) evaluó a 200 pacientes sometidos a cirugía ortopédica, después de una hora,

Los resultados fueron estadísticamente significativos, más arrugas y malestar fueron reportados por los pacientes que usan medias de muslo. Cincuenta por ciento de los pacientes no pudieron adaptarse a las medias de forma independiente, con un número similar de pacientes distribuidos en grupos entre el uso de medias de muslo y de rodilla.

Tres ECA que compararon medias de muslo más otro tratamiento versus otro tratamiento por sí solo solo proporcionaron detalles limitados sobre la adherencia del paciente. Fredin (1989) comparó medias de muslo más dextrano frente a dextrano solo en 144 pacientes ortopédicos, informando que dos de 49 pacientes (4%) en el grupo que tenía las medias más dextrano suspendieron el uso de medias debido a molestias. Wille-Jorgensen (1985) informó que 2 de 86 pacientes (2,3%) sometidos a cirugía abdominal quitaron sus medias de muslo después de cinco días, pero por lo demás fueron bien toleradas. Los autores no informaron las razones para la retirada de las medias (Wille-Jorgensen et al., 1985). Mellbring (1986) simplemente declaró que todos los pacientes sometidos a cirugía abdominal (n = 108) toleraron llevar medias de muslo.

Los otros dos ECA compararon las medias de compresión con otro método de tromboprolifaxis. Camporese (2008) comparó medias de muslo con dos diferentes regímenes de heparina de bajo peso molecular (HBPM); Proporciones similares de pacientes de cada grupo declinaron para completar el régimen profiláctico. Turpie (1989) informó que el 2,5% de los pacientes no usaban medias de muslo correctamente.

Todos los estudios observacionales se llevaron a cabo en un entorno hospitalario y la mayoría de los pacientes fueron asignados a usar medias de muslo. En los seis estudios que informaron sobre la adherencia, esto fue relativamente pobre (Brady et al., 2007, Hameed et al., 2002, Parnaby 2004, Thompson et al., 2011, Williams y otros, 1996, Winslow & Brosz 2008). La

proporción de pacientes que no llevaban las medias o las usaban de forma incorrecta parecía ser generalmente mayor en los pacientes que recibían medias de muslo. Aunque los objetivos de los estudios observacionales fueron específicamente evaluar el uso correcto de medias de compresión de las medias de muslo y las medias de compresión de rodilla y para obtener las perspectivas de los pacientes sobre su uso, ellos reflejan adherencia sólo en un entorno hospitalario donde los pacientes son observados por profesionales sanitarios.

A lo largo de los estudios, las razones para no usar medias estaban relacionadas con malestar, provisión de calcetines, retirarse las medias para bañarse, o ya no requerirlas debido a la deambulación. El uso incorrecto estaba relacionado con el uso de medias de tamaño incorrecto, o rodaban hacia abajo, muy astringentes o arrugamiento de la media. En un estudio que incluyó una auditoría y un ensayo de medias de compresión de rodilla, el 74% de los pacientes usaban medias que estaban mal medidas (en relación al tamaño)(Thompson et al., 2011). La implementación de un protocolo estandarizado en el estudio resultó en reducciones estadísticamente significativas en esta proporción al 34%; esta cifra sigue siendo alta (Thompson et al., 2011).

Tres estudios observacionales compararon directamente la adherencia a las medias de muslo frente a las medias de rodilla. La falta de adherencia (no usar la medias) fue peor con medias de muslo que las medias de rodilla (16,7% versus 3%, respectivamente) (Hameed et al., 2002). El uso incorrecto también fue mayor con las medias de muslo en comparación con las medias de rodilla; 54% frente a 20% (Winslow & Brosz 2008). Sólo el 13% de los pacientes usó medias de muslo de longitud satisfactoriamente en comparación con el 50% de los pacientes que usan medias de rodilla (teniendo en cuenta el tamaño, bandas de constricción y posicionamiento) (Williams et al., 1996).

21. Síntesis de los resultados

Por último la preferencia del paciente. Tres ECA y cinco estudios observacionales presentaron hallazgos sobre la preferencia del paciente (Tabla 4) (Ayhan et al., 2013, Benko et al., 2001, Brady et al., 2007, Hameed et al., 2002, Parnaby 2004, Porteous et al., 1989, Williams & Owen 2006, Winslow & Brosz 2008). De los ocho estudios, seis informaron sobre la preferencia de los pacientes por medias de muslo o rodilla; La mayoría de los pacientes en los seis estudios prefirieron las medias de rodilla (Benko et al., 2001, Brady et al., 2007, Hameed et al., 2002, Porteous et al., 1989, Williams & Owen 2006, Winslow & Brosz 2008).

Un ECA informó que los pacientes encontraron las medias de baja presión en la rodilla "muy cómodas" y las medias de muslo "cómodas", pero los pacientes informaron que las medias de presión moderada en la rodilla eran "incómodas" (Ayhan et al., 2013). Los otros dos ECA informaron que las medias de rodilla eran más aceptables y más cómodas que las medias de muslo (Benko et al., 2001, Porteous et al., 1989).

22. Riesgo de sesgo entre los sujetos

Brady (2007) informó de una fuerte correlación entre la edad y la adherencia, lo que indica que los pacientes mayores llevaban medias más consistentemente en comparación con los pacientes más jóvenes (correlación de Pearson = 0,247; $p = 0,01$ [intervalos de confianza no presentados]). Ninguno de los otros estudios evaluó esta asociación y la evidencia es por lo tanto insuficiente para sacar conclusiones.

23. Análisis adicionales

Parnaby (2004) realizó una encuesta inicial de pacientes que llevaban una marca particular de medias de rodilla o muslo y dos ensayos subsiguientes. El segundo ensayo administró una media modificada para incorporar cambios para superar los problemas identificados por los pacientes en el primer ensayo,

incluyendo un cambio en el diseño del talón para evitar el exceso de fricción y la disponibilidad de una versión abierta del dedo del pie. Los pacientes preferían las medias modificadas y el 95% declararon que volverían a usar las medias. Los otros cuatro estudios observacionales informaron la preferencia del paciente en términos de comodidad, facilidad de aplicación y satisfacción general (Brady et al., 2007, Hameed et al., 2002, Williams & Owen 2006, Winslow & Brosz 2008). Una mayor proporción de pacientes en los estudios prefería medias de rodilla, encontrándolos más cómodos.

Discusión

24. Resumen de la evidencia

Respecto a la discusión. En esta revisión de la evidencia cuantitativa sobre la preferencia del paciente y la adherencia a las medias de compresión del muslo o la rodilla para la prevención de TVP en pacientes quirúrgicos se basó en búsquedas sistemáticas de literatura y combinó todas las evidencias disponibles de ECA junto con los mejores datos observacionales sobre preferencia y Adherencia a las medias de muslo frente a las medias de rodilla.

Se identificaron nueve ECA y siete estudios observacionales que informaron datos sobre la adherencia y / o preferencia del paciente con el uso de medias de compresión graduadas después de la cirugía. La adherencia del paciente (usar medias correctamente y por la duración requerida) fue mayor en los ECA que en los estudios observacionales, pero en todos los estudios la proporción de pacientes que no llevaban medias o llevaban medias incorrectamente (no adherencia) Parecían ser generalmente más altos en pacientes que recibían medias de muslo comparado con medias de rodilla. Todos estos estudios reflejan la adherencia del paciente en un ambiente hospitalario; Es probable que la adherencia sea aún menor después de que los pacientes hayan sido dados de alta del hospital. Esto puede tener implicaciones en la planificación del alta para asegurar que los pacientes sean conscientes de la importancia de adherirse a usar medias correctamente y el

uso potencial de recursos adicionales para mejorar y controlar la adherencia de la media.

En los seis estudios que informaron sobre la preferencia de los pacientes por la longitud de la media, los pacientes preferían medias de rodilla sobre las medias de muslo. Algunos de los estudios incluidos indican recomendaciones para la práctica y la realización de futuras investigaciones, incluyendo los tres estudios observacionales realizados por las enfermeras (Brady et al., 2007, Parnaby 2004, Winslow & Brosz 2008). Brady afirma que sus resultados proporcionan evidencia adicional sobre el hecho de que para mejorar el cumplimiento, los problemas de comodidad del paciente deben ser considerados al crear protocolos de tratamiento efectivos (Brady et al., 2007). Parnaby afirma que la profesión de enfermería debe ser el principal grupo dirigido a mejorar la adherencia con el uso de la media de compresión graduada, ya que son responsables de la medición, ajuste y monitoreo del uso de las medias en el paciente (Parnaby 2004). Winslow afirma que las enfermeras deben proporcionar educación al paciente cuando miden, aplican, revisan y retiran las al paciente; Esto es muy importante ya que muchos pacientes continúan usando medias de compresión graduada después del alta hospitalaria (Winslow & Brosz 2008). Winslow también hace recomendaciones para realizar posteriores investigación de enfermería, indicando que es importante estudiar a los pacientes en casa para determinar el cumplimiento del paciente después del alta hospitalaria y recomienda entrevistar a las enfermeras que cuidan a los pacientes que usan medias de compresión sobre varios aspectos de su práctica (Winslow & Brosz 2008).

Uno de los ECA incluidos (dirigido por un investigador) y otro de los estudios observacionales (dirigido por un estudiante de medicina) también hizo recomendaciones para la práctica. Benko afirma que la dificultad que experimenta el paciente ortopédico en el manejo de las medias subraya la necesidad de controles periódicos para evitar complicaciones isquémicas,

particularmente en la población de alto riesgo (Benko et al., 2001). Thompson enfatiza la importancia del ajuste correcto y el monitoreo del uso de la media, indicando que un protocolo estándar de la práctica de enfermería es crítico para la efectividad de las medias de compresión graduadas después del reemplazo total de cadera y reemplazo total de rodilla.

25. Limitaciones

En las limitaciones. Esta revisión sistemática sólo incluyó diseños de estudios cuantitativos y no intentó identificar investigaciones cualitativas. Hubo una variación sustancial entre los estudios incluidos, en términos de características de los pacientes, procedimientos quirúrgicos y metodología. Además, algunos estudios eran muy antiguos y, por lo tanto, no reflejan la práctica actual. La mayoría de los ECA tenían un riesgo poco claro o alto de sesgo y los estudios observacionales fueron a menudo mal informados y basados en tamaños de muestra pequeños. Para algunos de los resultados reportados en los estudios incluidos, se presentaron valores de p, aunque no se informaron estimaciones de precisión (tales como intervalos de confianza). En general, la base de la evidencia de estudios que evalúan la adherencia del paciente quirúrgico y la preferencia por medias de compresión graduadas de muslo o rodilla debe considerarse débil.

26. Conclusiones

A las conclusiones que llegaron fueron: La evidencia sobre la adherencia del paciente quirúrgico y la preferencia por medias de compresión graduadas de muslo o de rodilla sugiere que los pacientes prefieren medias de rodilla y son más propensos a usarlas correctamente. Sin embargo, la base de evidencia es limitada en calidad y cantidad y carece de datos de "vida real" sobre la adhesión en la comunidad. En muchos contextos clínicos, cualquier diferencia en la eficacia entre las medias de muslo y las medias de rodilla puede hacerse irrelevante por la preferencia del paciente y probablemente haya una mejor adherencia con medias de longitud de rodilla.

Los resultados de nuestra revisión de la literatura indican que es necesario hacer esfuerzos para mejorar la adherencia del paciente al uso correcto de medias de compresión, particularmente de medias de muslo. Las enfermeras tienen un papel vital en la educación del paciente para mejorar su adherencia. Puede ser útil que se presenten a los pacientes hallazgos sobre la efectividad de las diferentes medias. También deben ser conscientes de los problemas prácticos relacionados y cualquier efecto adverso potencial, como con las medias de muslo que pueden enrollarse y impedir el flujo sanguíneo.

Nuestra revisión también indica que, en la práctica, la elección entre medias de muslo y rodilla debe tener en cuenta la probable adhesión dada las necesidades y circunstancias particulares de cada paciente. La incapacidad de un paciente para usar correctamente las medias de muslo puede muy bien sobrepasar cualquier beneficio teórico de eficacia sobre las medias de rodilla. Los resultados de nuestra revisión indican que cualquier investigación futura sobre la efectividad de las medias de compresión graduadas debe tener en cuenta la preferencia del paciente e incorporar la evaluación de la adherencia del paciente, tanto en un entorno hospitalario como después del alta. Una síntesis de la evidencia cualitativa mejoraría nuestra comprensión de las preferencias del paciente y las razones para la no adherencia a la longitud del muslo o medias de compresión de longitud de rodilla.

Financiación

27. Financiación

Respecto a la financiación, no se describen fuentes de financiamiento específicamente, ni otro tipo de apoyo. Sin embargo, los autores hacen mención a un párrafo como: Fondos el cual especifica que: Este proyecto fue encargado por el Programa de HTA de NIHR como número de proyecto HTA 13/72/01. Las opiniones y opiniones expresadas son las de los autores y no reflejan necesariamente las del Programa de HTA de NIHR, NIH, NHS o el Departamento de Salud.