

Las medias salvan vidas

La cirugía mayor puede generar múltiples complicaciones dentro de las que destacan la trombosis venosa profunda (TVP) y la embolia pulmonar, que tienen repercusiones clínicas y son potencialmente fatales; tan solo en Estados Unidos de América se reportan 50,000 muertes por año; sin embargo, con el uso de las medias elásticas antiembólicas se puede reducir el riesgo y mejorar el pronóstico.



Las medias elásticas antiembólicas son dispositivos que ejercen una compresión progresiva, gradual y decreciente desde la parte distal a la proximal de las extremidades inferiores, que va de 18 mmHg en el tobillo hasta 8 mmHg en la parte superior

del muslo, lo que permite optimizar el retorno venoso, prevenir la estasis, y de esta forma, limitar la presencia de TVP.^{1,2}

Las medias cuentan con un diseño en forma de embudo y una banda de silicona (parte superior) que permite su ajuste y evita la caída por falta de sujeción, así mismo, reduce la constricción de las venas del muslo por la formación de pliegues. En el área del talón cuenta con un refuerzo que limita la presencia de úlceras por presión; estos dispositivos están elaborados sin costuras y con materiales antialérgicos, permeables y altamente transpirables para favorecer la disipación del calor. Finalmente, las medias cuentan con un orificio en la punta del pie, que permite la monitorización del estado circulatorio de la extremidad y la piel.^{2,3}

El uso de profilaxis antitrombótica de tipo farmacológico y mecánico está ampliamente recomendada en pacientes sometidos a cirugía mayor; sin embargo, en los pacientes con riesgo de sangrado, se debe preferir la mecánica hasta que no exista riesgo e implementar una terapia combinada.³ Es importante señalar que no existe diferencia estadísticamente en la mortalidad entre la profilaxis farmacológica y mecánica (15 por cada 1,000 pacientes).¹

Dentro de los procedimientos quirúrgicos que representan mayor riesgo de desarrollar TVP están las artroplastias de cadera/rodilla, los neuroquirúrgicos y los vasculares (cirugías cardíacas).¹

Aunque se ha reportado que la TVP es una complicación postoperatoria, puede manifestarse a los pocos días o semanas posteriores al alta, por lo que los profesionales de la salud deben promover el uso correcto intra y extra hospitalario de las medias elásticas antiembólicas.^{1,2}

Por todo lo anterior, surge la interrogante: ¿cuál es el manejo adecuado de las medias elásticas antiembólicas? A partir de este cuestionamiento, se realizó una revisión sistemática de la evidencia científica disponible en las bases de datos SciELO, CUIDEN, PubMed y LILACS, delimitada en español, inglés y portugués por un período de 10 años. La búsqueda permitió la construcción de cuatro dimensiones: recomendaciones del uso de las medias de compresión, técnica de colocación, contraindicaciones y puntos críticos.

Recomendaciones del uso de las medias de compresión

Aunque los estudios son variados, no hay evidencia concluyente de que las medias hasta el muslo proporcionen una mejor protección que las medias hasta la rodilla; sin embargo, sí hay suficiente evidencia que afirma que el apego al tratamiento en el caso de medias hasta el muslo es de 67% mientras que para la rodilla es de 83%.^{2,4-8} En esta misma línea, el apego terapéutico es mejor en mujeres y en el caso de pacientes con reposo absoluto el cumplimiento es mayor al compararlo con pacientes que deambulan.^{5,6,9-11}

El uso ineficaz de estos dispositivos se relaciona con tamaño incorrecto (hasta 74%), medias enrolladas, atascadas o arrugadas.^{4,6,12} Esto genera daño de la piel y restringe el flujo sanguíneo; por lo tanto, la adherencia terapéutica del paciente y valoración del personal de salud son necesarias para el uso eficaz y reducción de complicaciones.^{6,12,13}

El profesional de la salud debe reportar todos los hallazgos identificados, iniciar tratamiento lo antes posible y dejar por escrito las intervenciones realizadas, poniendo especial énfasis en:

- Verificar la integridad/condición de la piel, registrar las presencias de eritema, hiperemia, aumento de la red venosa, prurito, reacciones alérgicas, piel frágil y cualquier lesión de la piel, incluidas úlceras por presión.^{5,7,13}
- Valorar el estado neurovascular, que incluye: dolor, color (palidez, enrojecimiento y cianosis), calor local, falta de sensibilidad, movilidad, llenado capilar y estado de los pulsos (tibial, posterior, dorsal y poplíteo).^{4,5,13}

- Revisar la historia médica e identificar de factores de riesgo para el uso de medias de compresión.^{4,7,13}

Técnica de colocación de las medias de compresión

Para la colocación de las medias de compresión se deben seguir los siguientes pasos:^{2,5,14}

1. Sujutando la media e introducir la mano hasta la altura del talón.
2. Voltear la media de adentro hacia fuera hasta la altura del talón.
3. Posicionar la media sobre el pie y el talón, es importante asegurar que el talón esté perfectamente centrado.
4. Comenzar a deslizar lentamente hacia arriba el cuerpo de la media.
 - a. Para las medias hasta el muslo: subir lentamente la media sobre el tobillo, gemelo, rodilla y muslo. A la altura de la rodilla se apreciará un cambio de distribución de las fibras elásticas del tejido. Este cambio de distribución de fibras debe quedar ubicado entre 2,5cm y 5cm por debajo de la fosa poplítea (pliegue rodilla). También hay que asegurarse que la banda anti-torniquete o refuerzo queda situado en la parte interior del muslo y centrado sobre la zona femoral (zona inguinal). Estirar de la media por la punta del pie para alisar la parte del tobillo y del empeine y dar más comodidad a los dedos.
 - b. Para las medias hasta el muslo con cinturón: seguir los mismos pasos realizados para las medias hasta el muslo y asegurarse que el cinturón o sistema de cierre quede alrededor de la cintura.
 - c. Para las medias hasta la rodilla: seguir los mismos pasos que para las medias hasta el muslo y colocar la parte superior de la media debajo de la rodilla sin interferir la fosa poplítea (pliegue rodilla).
5. Verificar que las medias deben ajustar pero no ejercer presión excesiva en la extremidad, asegurarse que no hayan pliegues, ni holguras. Colocar los dedos y el talón del paciente en las zonas correspondientes de la media para un ajuste preciso.

Contraindicaciones

Para el uso de medias elásticas antiembólicas existen contraindicaciones absolutas y relativas que deben ser valoradas previo a su colocación.

Dentro de las contraindicaciones absolutas se encuentran: enfermedad arterial periférica grave con claudicación intermitente y/o ITBa (índice tobillo-brazo) < 0,7 y/o ausencia de pulsos, trombosis venosa profunda (durante las 2 primeras semanas mientras se indica el tratamiento anticoagulante, para evitar la liberación de un embolo), celulitis aguda, insuficiencia cardíaca descompensada, edema generalizado en las piernas o edema pulmonar debido a insuficiencia cardíaca congestiva, condiciones gangrenosas que incluyen enfermedad vascular periférica, injertos de derivación femoropoplíteos, neuropatía periférica, deformidad extrema de la pierna, artritis reumatoide aguda, tejido necrótico, flebitis séptica, edema pulmonar y linfedema.^{6,14}

Las contraindicaciones relativas son: enfermedad arterial periférica con ITBa entre 0,7 y 0,8 (requerirá una menor compresión), circunferencia de la pantorrilla superior a 56 cm, reacciones alérgicas a los materiales de compresión, úlcera por presión en el miembro inferior, hipertensión arterial no controlada e historia de claudicación intermitente.^{6,13,14}

Puntos críticos

- Medir el largo y circunferencia de las piernas antes y después de la cirugía, por el riesgo de edema que pueda modificar la elección de la talla adecuada e influir en la terapia.^{2,3}
- Registrar el número de medias utilizado para dar continuidad a los cuidados y evitar modificaciones.^{2,4}
- En los pacientes con alto riesgo de TVP, se recomienda la terapia combinada: tanto uso de medias y anticoagulantes.^{1,2,6}

- Se sugiere la profilaxis antitrombótica prolongada, con un periodo de 19 a 42 días, sobre profilaxis antitrombótica corta, con un periodo de 4 a 14 días.^{3,5,7}
- Tanto la profilaxis temprana (<12 horas postquirúrgico) como la tardía (>12 horas posquirúrgico), no han mostrado diferencia en la mortalidad.^{1,3}
- Emplear escalas validadas, como la Caprini, para determinar el riesgo de desarrollar TVP posoperatorio.^{3,5}
- Realizar cambios de posición cada dos horas si el paciente se encuentra con movilidad limitada y verificar que las medias no estén dobladas o con arrugas.^{5,8}
- Retirar las medias al menos una vez por turno y observar el estado de la piel. Utilizar este momento para realizar un masaje anterógrada con crema hidratante, de la punta del pie hasta el muslo, y posteriormente, colocar las medias nuevamente.^{11,12}
- Tomar en cuenta que la reducción del tiempo de uso de las medias se traduce en menores beneficios y mayor riesgo de complicaciones.^{10,13}

En conclusión, el uso de las medias antiembólicas son esenciales para la prevención de la TVP, pero su eficacia depende de su correcta colocación, manejo adecuado y sobre todo tiempo de uso. Por lo tanto, el profesional de la salud debe incidir en los puntos anteriores y garantizar una terapia adecuada y segura.

¿Tienes algún comentario sobre la nota, requieres de mayor información o quieres proponer algún tema? Escríbenos al siguiente correo:
investigacioninc@cardiologia.org.mx



Referencias bibliográficas



Para visualizar las referencias escanea o da clic en el código QR