

PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS: VENDAJES

Beatriz Chozas García Eva Leal de Pedro, Alberto Sánchez Juan, Lorena Domínguez Pérez, Andrés de Prada Marty, M. Carmen Blázquez Rodríguez

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

RESUMEN

El vendaje es un procedimiento de enfermería que se utiliza con mucha frecuencia en el área de traumatología de nuestro servicio de urgencias (Residencia General del Hospital 12 de Octubre), y que precisa unos conocimientos y habilidades específicos. Con el fin de facilitar la labor al profesional de enfermería, evitar complicaciones del procedimiento y mejorar la calidad asistencial, hemos elaborado una guía gráfica de visión rápida con los fundamentos de este procedimiento: funciones, tipos, principios, elaboración, así como los cuidados que requiere, dependiendo de la lesión por la que se precise su aplicación.

PALABRAS CLAVE: Vendajes, Inmovilizaciones, Procedimientos de enfermería, Enfermería traumatológica.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En el servicio de urgencias R.G. del Hospital 12 de Octubre, existe un gran flujo de pacientes con patología traumatológica, que precisa para su valoración, tratamiento y recuperación de procedimientos de enfermería específicos. Esto se suma a la continua rotación y renovación de profesionales de enfermería no familiarizado con estas técnicas, que requieren un determinado nivel de conocimientos y habilidades. Por ello, nos planteamos la necesidad de elaborar una guía rápida de los procedimientos más frecuentes, con el fin de facilitar la labor de estos profesionales, y mejorar la calidad asistencial.

Objetivo general:

Mejorar la calidad asistencial de procedimientos de enfermería en urgencias traumatológicas.

Objetivos específicos:

1. Evitar complicaciones por procedimientos de enfermería traumatológica: vendajes.
2. Apoyar gráficamente los conocimientos del profesional en los vendajes.
3. Ilustrar las técnicas de inmovilización más frecuentes en urgencias de traumatología.

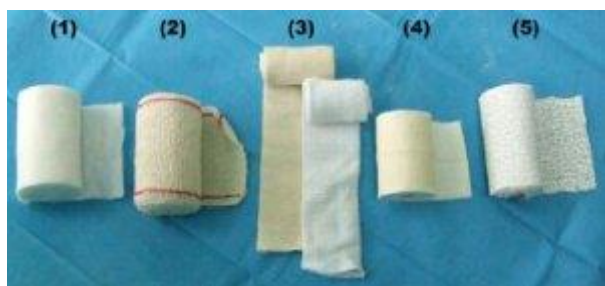
TEXTO LIBRE

VENDAJE

Procedimiento de enfermería que consiste en la aplicación de una venda en una zona del cuerpo. Según la finalidad, existen distintos tipos y tamaños de vendas, y distintas técnicas de aplicación de las mismas.

TIPOS DE VENDAS

Tiras de distintos materiales según función, y con diversas anchuras (5cm, 10cm, 15cm) según la zona anatómica a vendar. Según el tipo de material pueden clasificarse en:



- (1) De algodón: para proteger piel y prominencias óseas.
- (2) Elástica: de crepê o Ace.
- (3) Tubular: cilíndrico.
- (4) Adhesiva: elástico semiblando.
- (5) De Yeso: rígido.

TIPOS DE VENDAJE SEGÚN FUNCIÓN

- De sujeción o protector: para aplicación de calor en procesos reumáticos, para proteger una zona anatómica de agentes externos, para fijar apósitos, férulas, etc...
- De compresión: para realizar hemostasia en heridas, para favorecer el retorno venoso en patología vascular, para disminuir edema e inflamación en procesos traumáticos...
- Inmovilizador: para limitar el movimiento de articulaciones traumáticas.

TIPOS DE VUELTA DE VENDAJE

(1) Circular: se emplea principalmente para remarcar vendajes y vendar partes anatómicas cilíndricas. Cada vuelta de venda cubre por completo la vuelta anterior, por lo que el ancho de vendaje corresponde al ancho de la propia venda. Su función: protectora o de sujeción.

(2) Espiral: se emplea para vendar partes del cuerpo con el mismo perímetro. Cada vuelta de la venda cubre la mitad o dos tercios de la vuelta anterior, y se realiza ascendente con un ángulo de 30° aproximadamente. Su función: de protección o compresiva.

(3) Espiral inversa: se emplea para vendar partes del cuerpo cilíndricas con perímetro no uniforme. Vuelta ascendente en espiral, que a mitad de cada vuelta la venda se dobla sobre sí misma y se hace descendente mediante la sujeción de la misma con el dedo pulgar, se completa la vuelta por la parte posterior y se comienza la siguiente. Actualmente se encuentra en desuso.

(4) Espiga: se emplea para vendar partes del cuerpo cilíndricas con perímetro no uniforme. Cada vuelta de la venda cubre la mitad o dos tercios de la vuelta anterior, se comienza la vuelta en sentido ascendente 30° pasando la venda por la parte posterior y volviendo en sentido descendente 30°. Su función: compresiva, sólo en la vuelta ascendente se realiza compresión.

(5) Recurrente: se utiliza para cubrir partes distales del cuerpo. Comienza con dos vueltas circulares en la zona proximal, a continuación se dobla perpendicularmente para cubrir la zona distal de anterior a posterior, cada vuelta se sigue de una circular proximal para fijarla y cubre parte de la anterior. Su función: protectora, de sujeción o de compresión.

(6) En ocho: se emplea para vendar articulaciones. Comienza con dos vueltas circulares por debajo de la articulación, a continuación se da una vuelta ascendente anterior hasta por encima de la articulación y se continúa descendente posterior (en forma de 8) hasta la vuelta anterior cubriendo la mitad o dos tercios de la misma. Su función: protectora, de sujeción o de compresión.



Figura 2: Tipos de vuelta de vendaje

PRINCIPIOS GENERALES E INSTRUCCIONES DE LA APLICACIÓN DE LOS VENDAJES

- El tipo de vendaje ha de ser adecuado a la finalidad.
- El vendaje será el necesario y el suficiente.
- El espesor y número de vueltas del vendaje serán iguales en toda su extensión.
- Un vendaje tiene que resultar indoloro y cómodo, y permitir la movilidad de las partes anatómicas no afectadas.
- Asegurar la retirada de joyas y objetos que interfieran en el vendaje, o puedan producir presión en el miembro afectado.
- Se deben almohadillar la piel y las prominencias óseas, para evitar la abrasión por fricción o lesiones por presión.
- Proteger los espacios interdigitales, para evitar lesiones por maceración.
- Seleccionar el material para el vendaje y tamaño de venda adecuado a la zona a vendar.
- Colocar al usuario en posición cómoda manteniendo la parte que va a ser vendada alineada con el cuerpo, colocar la zona en posición funcional para evitar complicaciones posteriores.
- Colocarse delante del usuario para comenzar el vendaje.
- Aplicar el vendaje siempre de la zona más distal a la más proximal.
- Sujetar el cabo inicial con mano no dominante.
- Comenzar remarmando en vendaje con dos vueltas circulares, e ir subiendo el cuerpo de la venda con la mano dominante, dejándola deslizar de izquierda a derecha y de medial a lateral.
- Cada vuelta debe cubrir la mitad o dos tercios de la anterior.
- Aplicar una presión uniforme y decreciente, sin restringir la circulación. Dejar al descubierto el extremo distal para valorar el estado neurovascular. La vuelta ascendente será compresiva, la descendente no.
- Si se trata de sujetar un apósito, cubrir éste con el vendaje sobrepasando el borde al menos en 5 cm a cada lado.

CUIDADOS DE LOS VENDAJES

- Movilizar las partes distales a la zona vendada continuamente, para mejorar la circulación sanguínea.
- Mantener las extremidades elevadas, por encima del nivel cardiaco para mejorar el retorno venoso y evitar la aparición de edemas. En caso de tratarse la zona vendada del tórax o la cabeza, la postura idónea es la sedestación. Si fuera el abdomen, colocar en ligero trendelenburg.
- Controlar la posible aparición de signos y síntomas de afectación neurovascular. Para ello, palpar los pulsos distales comprobando estén conservados, explorar la sensibilidad y movilidad, y observar la coloración.

- Si observamos alteración en la coloración, existen dos posibilidades según su origen:
- Si aparece cianosis, significa que la compresión venosa es excesiva, se comprueba si la postura de la zona es adecuada, y pautamos los ejercicios de movilización distal. Si persiste, debe cambiarse el vendaje.
- Si aparece palidez, indica una compresión arterial, lo que haría necesario retirar el vendaje y colocarlo de nuevo con menor nivel de compresión.
 - La alteración de la movilidad significa posible compresión de las fibras nerviosas motoras. Indica que el vendaje debe ser sustituido por otro menos compresivo.
 - La alteración de la sensibilidad se debe a la compresión de las fibras nerviosas sensitivas, lo que igualmente requiere recambio de vendaje.
- Vigilar molestia o dolor en las zonas de prominencia ósea por la posible aparición de lesiones, se debe cambiar el vendaje aplicando mayor protección o almohadillado en la zona dolorosa.
- Mantener seco el vendaje para evitar maceración, si se moja debe ser cambiado.
- En caso de lesión traumática es normal que en los días posteriores a de la colocación del primer vendaje, la inflamación ceda en la zona lesionada, lo que hace que el vendaje quede suelto disminuyendo su presión y con ello su efectividad, por lo que precisaría la retirada del mismo y la aplicación de uno nuevo, si tras su valoración siguiese requiriendo este procedimiento.
- Si se trata de un vendaje tubular, debe ser retirado durante la noche y colocado nuevamente en decúbito antes de levantarse.

VENDAJES MÁS FRECUENTES

1. Compresivos:

- **Suropédico:** Se coloca desde la raíz de los dedos hasta tres a cinco centímetros por debajo del hueso poplíteo. Está indicado en lesiones de tobillo que cursan con inflamación, contusiones, esguinces de primer y segundo grado, y luxaciones reducidas de tobillo. El tobillo ha de colocarse en ángulo de 90°.



Figura 3: Vendaje compresivo suropédico

- **Isquiopédico:** También denominado inguinopédico. Se coloca desde raíz de los dedos hasta 3-5 cm por debajo de la ingle. Está indicado en lesiones de rodilla o rótula que cursan con inflamación, contusiones, esguinces de primer y segundo grado, luxaciones o subluxaciones de rótula, existencia de líquido o sangre en la articulación y tras punción articular para extracción del mismo. El paciente no debe deambular. La articulación de la rodilla se mantendrá en un ángulo de 15-30° (ligera flexión) cuando la lesión es de rodilla y en completa extensión si se trata de lesiones de rótula. La articulación del tobillo se mantendrá en flexión de 90°.



Figura 4: Vendaje compresivo isquiopédico.

- **Isquiomaleolar:** También denominado inguinomaleolar. Se coloca desde los maleolos hasta 3-5 cm por debajo de la ingle. Está indicado en los mismos casos que el isquiopédico cuando requieren menor grado de inmovilización y se permite al paciente deambular. La articulación de la rodilla se mantendrá en un ángulo de 15-30° (ligera flexión) cuando la lesión es de rodilla y en completa extensión si se trata de lesiones de rótula.



Figura 5: Vendaje compresivo isquiomaleolar.

- **Antebraquial:** Se coloca desde raíz de los dedos hasta 3-5 cm por debajo de la flexura del codo. Está indicado en lesiones de muñeca que cursan con inflamación, contusiones, esguinces de primer y segundo grado. La articulación de la muñeca quedará en un ángulo de 30° en flexión dorsal. Mantendrá el miembro elevado con ayuda de un cabestrillo.



Figura 6: Vendaje compresivo antebraquial.

- **Antebraquial incluyendo primer dedo:** Se coloca desde raíz de los dedos hasta 3-5 cm por debajo de la flexura del codo, incluyendo la articulación metacarpofalángica del primer dedo. Está indicado en lesiones de muñeca y articulación metacarpofalángica del primer dedo que

cursan con inflamación, contusiones, esguinces de primer y segundo grado. La articulación de la muñeca quedará en un ángulo de 30° en flexión dorsal, y la articulación interfalángica y metacarpofalángica en ligera flexión de 30°. Mantendrá el miembro elevado con ayuda de un cabestrillo.



Figura 7: Vendaje compresivo antebraquial incluyendo primer dedo.

- Braquioantebraquial: Se coloca desde raíz de los dedos hasta 3-5 cm por debajo de la axila. Está indicado en lesiones de codo que cursan con inflamación, contusiones, esguinces de primer y segundo grado. La articulación del codo quedará en un ángulo de 90° y la articulación de la muñeca en un ángulo de 30° en flexión dorsal. Mantendrá el miembro elevado con ayuda de un cabestrillo.



Figura 8: Vendaje compresivo braquioantebraquial.

2. Adhesivos:

Ej: suropédico o de tobillo. Tienen cierto carácter de vendaje funcional o deportivo en lesiones que cursan sin inflamación y requieren una inmovilización media. Se colocan primero unos estribos para procurar más inmovilización de la zona ligamentosa más afectada y se continúa el vendaje en espiral o en espiga en posición anatómica del resto la zona anatómica a vendar, como se indica en la siguiente secuencia.



Figura 9: Vendaje adhesivo suropédico.

3. Tubulares:

- Compresivo: Ej. Antebraquial o de muñeca. Indicado en lesiones que cursen con leve inflamación. Se elige el vendaje tubular de la medida adecuada al tamaño de la zona anatómica lesionada. Se procede a la colocación del mismo como muestra la siguiente figura. Si requiere mayor compresión se coloca doble.



Figura 10: Vendaje tubular antebraquial.

- Protector o de sujeción: Ej. Dedil. Indicado para sujetar apósitos en heridas o proteger una zona anatómica. Se elige el vendaje tubular de la medida adecuada al tamaño de la zona anatómica lesionada. Se procede a la colocación del mismo como muestra la siguiente figura.



Figura 11: Vendaje tubular en dedil de segundo dedo.

4. Recurrentes:

- Capelina: Con función protectora, de sujeción y/o compresiva. Indicado en contusiones y heridas con sangrado o suturadas de la cabeza.



Figura 12: Capelina.

- Muñón: Con función protectora, de sujeción de apósitos y/o compresiva. Indicado en amputaciones traumáticas o secundarias a cirugía de las extremidades.



Figura 13: Vendaje recurrente de muñón.

5. Inmovilizadores:

- Cuello puño: Inmovilización de miembro superior realizada con venda tubular rellena de algodón para almohadillado de columna cervical y muñeca, que se une anudando y fijándolo con esparadrapo como se muestra en las siguientes imágenes. Indicada en lesiones de hombro que requieren una inmovilización o reposo relativos para su reestablecimiento.



Figura 14: Cuello puño.

- Malla cuello-puño: Inmovilización de miembro superior realizada mediante cuello puño como se puede ver en el punto anterior, y vendaje tubular de malla elástica que se coloca tipo camiseta para aumentar el carácter inmovilizador en todos los planos de movimiento. Se debe almohadillar en zonas anatómicas de fricción para eliminar el riesgo de lesión. En las mujeres almohadillar especialmente las mamas. Requiere cambiar diariamente los algodones de almohadillado para la higiene personal dado que no puede ser retirado, ni conviene que se moje. Indicado en lesiones de la articulación del hombro que requieran reposo severo como luxaciones reducidas, y también en fracturas de húmero que no tengan criterios de intervención quirúrgica. Se coloca como se muestra en la siguiente secuencia de imágenes.



Figura 15: Malla cuello puño.

- Gilchrist o Delpeche: Inmovilización de miembro superior realizada mediante vendaje tubular con almohadillado de algodón en zonas de mayor apoyo o roce. Posee carácter inmovilizador en todos los planos de movimiento. No debe ser retirado, ni conviene que se moje. Indicado en lesiones de la articulación del hombro que requieran reposo moderado. Su colocación precisa una técnica compleja siguiendo los pasos que se muestran en la siguiente secuencia de imágenes.



Figura 16: Gilchrist.

CONCLUSIONES

Esta guía de visión rápida y de fácil manejo que ilustra las técnicas de inmovilización más frecuentes en urgencias de traumatología, sirve de apoyo gráfico en la labor asistencial del profesional aumentando y/o fijando sus conocimientos; facilita la realización de una asistencia de calidad en los procedimientos de enfermería en las urgencias traumatológicas; mejora la efectividad de los mismos; disminuye la probabilidad de complicaciones evitando costes innecesarios; y aumenta la satisfacción del usuario, a la par que la eficiencia de los tratamientos.

BIBLIOGRAFÍA

- KOZIER, B.; ERB, G.; OLIVIERI, R. Enfermería Fundamental. Procedimientos, Procesos y Práctica. 4ª edición. Ed: Interamericana-McGrawHill. Madrid, 1994.
- KING, E.M.; WIELK, L.; DYER, M. Técnicas de Enfermería: Manual Ilustrado. 2ª edición. Ed: Interamericana, S.A. de C.V. México, 1984.
- SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Enfermería Medicoquirúrgica de Brunner y Suddarth. 8ª edición. Ed: McGraw-Hill Interamericana. México, 1996.
- BEARE, P.G.; MYERS, J.L. Enfermería Medicoquirúrgica. 3ª edición. Ed: Harcourt, S.A. Madrid, 2000.
- ASENSIO-GONZÁLEZ, J.A.; MENEU, J.C.G. MORENO, E.G. Traumatismos: Fisiopatología, Diagnóstico y Tratamiento. Ed: Fundación MM. Madrid, 2005.