SERIE GUIAS CLINICAS 5

MANEJO Y TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS Y ULCERAS

CINTAS QUIRURGICAS Y VENDAJES

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
psa

SERIE GUIAS CLINICAS 5

MANEJO Y TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS Y ULCERAS

CINTAS QUIRURGICAS Y VENDAJES

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

psa
Programa
Salud del
Adulto

Esta publicación fue realizada por
la División de Salud de las Personas,
Programa Salud del Adulto,
durante la gestión de la Ministra de Salud
Dra. Michelle Bachelet Jeria.

Registro Propiedad Intelectual
Nº 113.821

INDICE

Cintas quirúrgicas y vendajes	5
Cintas quirúrgicas	7
Vendajes	21
Bibliografía	33

CINTAS QUIRURGICAS Y VENDAJES

INTRODUCCION

Las cintas quirúrgicas y los vendajes son elementos esenciales en la curación. Su uso correcto permite que la fijación sea técnica y estéticamente adecuada para los fines que se desea lograr.

Los vendajes y cintas quirúrgicas se utilizan desde tiempos remotos. Ya en la época de Hipócrates utilizaban vendas de lino y gomas de diferentes materiales para fijar elementos utilizados en la curación, tales como hojas silvestres, ungüentos, cataplasmas de barro, etc. A través de los años, estos elementos han evolucionado aceleradamente, sobre todo en los últimos decenios, en que la tecnología ha tenido un desarrollo espectacular, ofreciendo insumos de diverso origen que han permitido mejorar la calidad de la atención en el manejo de las heridas, y también disminuir su costo.

Propósito

Unificar criterios a nivel nacional sobre el uso de cintas quirúrgicas y vendajes en el manejo de las heridas y úlceras.

Objetivo general

Estandarizar criterios para una adecuada aplicación de cintas quirúrgicas en la curación y vendaje de las heridas y úlceras.

Objetivos específicos

1. Conocer los diferentes tipos de cintas quirúrgicas y vendajes utilizados en el tratamiento de las heridas y úlceras.

2. Aplicar técnicas correctas al utilizar las cintas quirúrgicas y aplicar vendajes.

3. Identificar las medidas específicas de prevención de los problemas ocasionados por las cintas quirúrgicas y vendajes.

4. Conocer las complicaciones más frecuentes producidas al utilizar cintas quirúrgicas y vendajes.

5. Utilizar medidas específicas de solución de los problemas ocasionados por la aplicación de cintas quirúrgicas y vendajes.

CINTAS QUIRURGICAS

Definición

La cinta quirúrgica es comúnmente llamada tela adhesiva. Consta de dos partes: **soporte y capa adhesiva**, Fig. 1.

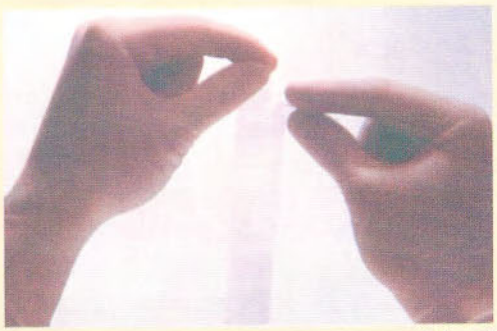


Fig. 1

- **Soporte**
  Corresponde a la capa externa de la cinta. En el mercado chileno existen diferentes tipos,como los de tela, rayón, espuma o polietileno.

- **Capa adhesiva**
  Es la capa interna de la cinta que lleva el adhesivo. Esta capa tendrá contacto con la piel o con la superficie que se desea cubrir, como apósitos o material médico.

Funciones de la cinta quirúrgica

Las funciones más importantes que deben cumplir las cintas quirúrgicas son:

- Soporte
- Oclusividad
- Seguridad
- Inmovilización
- Estética

Factores a considerar para elegir una cinta quirúrgica

Para elegir una cinta quirúrgica se debe tener en cuenta:

- El estado de la piel del paciente
- El tipo de herida.
- La localización de la herida.
- Su costo-efectividad

Tipos de adhesivos utilizados en las cintas quirúrgicas

En el mercado chileno se encuentran tres tipos de adhesivos utilizados en las cintas quirúrgicas :

- Oxido de zinc.
- Goma, caucho o látex.
- Acrilato.

Oxido de Zinc

Combinación de oxígeno y zinc, metal de color blanco y de estructura laminosa. Se puede encontrar en pasta, polvo o ungüento. Tiene una ligera acción astringente y antiséptica. Puede alterar la pigmentación de la piel. En el siglo XIX fue ampliamente utilizado como adhesivo de las cintas quirúrgicas. Hoy en día también se usa, pero en menor cantidad por la variedad de problemas que ocasiona. También se usa como antiséptico en enfermedades e infecciones de la piel como eczema, impétigo e infecciones por hongos y en otras afecciones de ésta como prurito, psoriasis y úlceras varicosas.

Goma, caucho o látex

Es un hidrocarburo saturado, polímero de isopreno. Se obtiene por medio de incisiones en los árboles de caucho. En el siglo XIX este elemento se combinó con el óxido de zinc para utilizarlo en las cintas quirúrgicas como un adhesivo persistente. Por el alto grado de hipersensibilidad de nuestra población, es un producto que se utiliza cada vez menos.

Acrilato

Polímero sintético, hipoalergénico. Tiene múltiples aplicaciones por no presentar ningún ingrediente sensitivo que pueda irritar la piel del paciente. No atrapa vellos y puede removerse con un mínimo de incomodidad. El adhesivo no se acumula con el tiempo y es el elemento de elección en la actualidad.

CLASIFICACION DE LAS CINTAS QUIRURGICAS

De acuerdo a su permeabilidad, las cintas quirúrgicas se pueden clasificar en:

- Oclusivas.
- Semi-oclusivas.
- No oclusivas

Cintas quirúrgicas oclusivas

Corresponden a aquellas que no son porosas e impiden el intercambio gaseoso del vapor de agua. Se recomienda no dejarlas más de 24 horas en la piel, porque producen maceración al retener la humedad, aumentan la flora residente y pueden contribuir a favorecer la infección.

Las cintas de tela que en su adhesivo utilizan óxido de zinc más caucho o goma deben usarse con cautela porque son capaces de producir irritación en la piel, eritema, edema, pérdida de la epidermis y dejar adhesivo residual al no retirarse oportunamente.

En Chile existen dos tipos de telas oclusivas:

- la de género, más conocida como "Tela china" que, como su nombre lo indica, está hecha de tela. Esta cinta utiliza adhesivo de óxido de zinc más caucho o goma, por lo que debe aplicarse con precaución, Fig. 2A, pág 10

- la de plástico no porosa, constituida por un soporte transparente de polietileno cubierto por una capa adhesiva sintética hipoalergénica, el acrilato, Fig. 2B, pág 10

Por su alta resistencia, las cintas oclusivas son utilizadas cuando se necesita una alta fuerza de tensión y fijación, por ejemplo, en lesiones industriales y en el tratamiento de desórdenes dermatológicos que necesitan mantener algunos medicamentos tópicos en la piel. También se usan cuando se necesita mantener aislada la piel del exterior. Ejemplo: los anestesiólogos prefieren las cintas oclusivas de polietileno no porosas para cerrar los ojos de los pacientes durante los procedimientos quirúrgicos y así ayudar a prevenir la entrada de fármacos y soluciones a los ojos.

Fig. 2
Cintas quirúrgicas oclusivas

Cinta oclusiva de tela

2A

Cinta oclusiva de polietileno

2B

Cintas quirúrgicas semi-oclusivas

Son semipermeables al vapor de agua y oxígeno. Mantienen una flora residual normal, son menos irritantes que las oclusivas, se adaptan fácilmente en las áreas difíciles de cubrir, por ejemplo, las rodillas, siendo capaces de mantener el movimiento normal en las zonas afectadas. Se cortan con facilidad, no dejan adhesivo residual y se retiran sin dolor para el paciente.

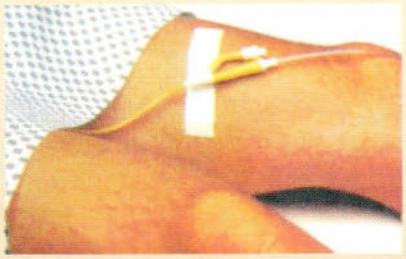
Se recomienda no utilizarlas por un período mayor de 72 horas, ya que, pasado este tiempo, se comportan como una cinta oclusiva.

En nuestro país existen dos tipos de cintas semi-oclusivas:

- las de tafetán (90% de tafetán y 10% de polyester o 100% de tafetán), Fig. 3A
- las de espuma (100% polietileno), Fig.3B

Fig. 3
Cintas quirúrgicas semi-oclusivas

Cinta semi-oclusiva de tafetán



3A

Cinta semi-oclusiva de espuma

3B

- Las cintas de tafetán tipo "seda" son semiporosas y de fuerte adhesión. Diseñadas para ser aplicadas en procedimientos en que se requiere resistencia, como la fijación de tubos pesados y apósitos voluminosos. Son suaves, flexibles y fáciles de cortar. El adhesivo que utilizan es el acrilato.

- Las cintas de espuma son elásticas, semiporosas, indicadas para vendajes compresivos y postoperatorios. Ceden frente a la inflamación, permitiendo la expansión del tejido sin ocasionar daños mecánicos sobre la piel, incluso al momento de la remoción. El adhesivo que usa es el acrilato.

Cintas quirúrgicas no oclusivas

Son permeables al vapor de agua y al oxígeno, son porosas y mantienen la flora residual normal de la piel, son menos irritantes que las oclusivas y las semi-oclusivas. Se utilizan ampliamente en el tratamiento de las heridas, no irritan, tienen una adecuada adhesión a la piel, no producen dolor al retirarlas. Usan como adhesivo el acrilato.

En el mercado nacional encontramos tres tipos de cintas no oclusivas:
- las de tela,
- las de plástico porosas,
- las de papel.

- Las **cintas de tela** están confeccionadas de tela no tejida de rayón y microfibras que le dan la elasticidad a la cinta; son flexibles y altamente acomodables en rollos y parches precortados. Son ideales para la fijación de apósitos en áreas de grandes curvaturas, edematosas o de alta movilidad (rodilla, codos, tórax, abdomen, etc). También indicadas para la sujeción de tubos y dispositivos de uso médico, Fig. 4A, pág 13.

- Las **cintas de plástico porosas** están confeccionadas de polietileno de baja densidad, son transparentes, flexibles, elásticas, fáciles de cortar y manipular con guantes. Diseñadas para asegurar tubos livianos y vendajes en general, Fig. 4B, pág 13.

  Su masa adhesiva es firme, por lo que no atrapa vellos y la hace fácil de desprender, sin ocasionar dolor ni trauma a la piel. Se pueden usar durante la ducha, pero después que han sido expuestas a condiciones de humedad deben secarse con una toalla limpia.

- Las **cintas de papel** están hechas de 100% de rayón no tejido, lo que hace que sólo se puedan cortar con tijera o con los dientes del dispensador. Son material idóneo para pieles sensibles y delicadas o cuando es necesario aplicar un vendaje a repetición en la misma área o zona, Fig. 4C, pág 13.

Fig. 4
Cintas quirúrgicas no oclusivas

Cinta de tela

4A

Cinta de polietileno

4B

Cinta de rayón

4C

INDICACIONES GENERALES PARA LA APLICACION Y RETIRO DE UNA CINTA QUIRURGICA.

- La piel debe estar limpia y seca antes de aplicar la tela.
- No aplicar una cinta con tensión a menos que el procedimiento lo amerite.
- Si la cinta debe ser aplicada con tensión, ésta debe ser distribuida en forma uniforme.
- Al instalar la cinta, la aplicación debe ser del centro hacia afuera. Nunca se debe comenzar por un extremo de la cinta y tirar hacia el lado contrario. Siempre se debe comenzar desde el centro. La excepción a esta regla son los vendajes circulares, en los cuales la cinta rodea el elemento a fijar.
- Al aplicar una cinta en zonas que se expanden, por ejemplo, el tórax o el abdomen, la aplicación debe ser por períodos cortos; en lo posible cambiarla cada 24 horas para eliminar la tensión acumulada. Lo ideal es utilizar una cinta de espuma desde el principio.
- Al retirar la cinta, removerla en la dirección del crecimiento del vello; si esto no es posible, hacerlo hacia la herida.
- Al retirar una cinta, removerla en forma lenta para evitar daños e incomodidad para el paciente.
- Si se deben aplicar a diario las cintas quirúrgicas, se recomienda utilizar las cintas no oclusivas con el fin de proteger la piel del paciente.

RECOMENDACIONES Y PRECAUCIONES SOBRE EL USO DE CINTAS QUIRURGICAS.

- Limpie la piel con agua y jabón de glicerina si está indemne. Si está irritada, se recomienda el uso de suero fisiológico.
- Siempre se debe aplicar la cinta en piel limpia, libre de jabón y aceites y sobre todo, seca; de lo contrario, la cinta no se adherirá adecuadamente.
- Si se utilizan protectores de piel, dejar secar antes de aplicar la cinta.
- La tintura de benzoaína, usada antiguamente para protección de la piel, es irritante, por lo que se debe evitar su uso.
- Para aumentar la adhesividad de la cinta se frota firmemente el soporte, particularmente si el adhesivo es sensible a la presión.
- Si la zona donde se aplicará la cinta está inflamada o se necesita comprimir o colocar un vendaje a tensión, se recomienda el uso de cintas elásticas.
- Si existen áreas que requieren aplicaciones sucesivas, es recomendable utilizar cintas quirúrgicas no oclusivas.
- No se deben usar cintas a tensión a no ser que esté clínicamente indicado.
- La distribución de la cinta sobre la zona a cubrir debe ser igual para ambos lados, aplicándola desde el centro hacia afuera.
- Si una vez instalada la cinta se produce edema, inflamación o distensión, es preciso sustituirla de inmediato.
- Para retirar la cinta es preciso removerla lenta y suavemente en dirección del crecimiento del vello, utilizando ambas manos. Con una se le da soporte o sostén a la piel bajo la cinta adhesiva y con la otra se remueve lentamente la cinta, de manera de minimizar el trauma a la piel.
- Las cintas deben ser almacenadas en lugares con temperaturas adecuadas. No deben exponerse a altas temperaturas o extrema humedad.

- No se debe añadir un adhesivo a la cinta elegida, porque se formará otra capa química que puede ocluir la piel y deteriorar su función.

- Para evitar las infecciones cruzadas, lo ideal es utilizar rollos de cinta individuales y desecharlos una vez que el paciente termine su tratamiento.

- Las cintas deben estar colocadas en dispensadores y en lugares limpios. Los bordes adhesivos de la cinta pueden captar contaminantes de los estantes o bolsillos del personal de salud.

- No aplicar la cinta directamente del rollo: la manera correcta de hacerlo es cortar el trozo de cinta que se va a usar y dejarlo sin uso algunos segundos. Si se coloca la cinta directamente del rollo, puede tensarse y tirar de la piel al aplicarla.

- Si el vello dificulta la adherencia de la cinta, se debe cortar, nunca rasurar, ya que esto podría irritar la piel del paciente o favorecer procesos infecciosos.

- Frotar los extremos de la cinta para hacer que se adhiera mejor, especialmente las cintas de rayón.

- Antes de retirar la cinta adhesiva se deben soltar los extremos. Luego se debe tirar suavemente hacia la incisión o herida.

- Si la cinta está muy adherida a la piel, se puede humedecer con un algodón empapado en suero fisiológico para separarla. El suero fisiológico disminuye la adherencia y la tensión de la piel.

- Las telas no son estériles, por lo tanto no se recomienda su aplicación directa en las heridas o úlceras.

- Si se necesita esterilizar la tela, es necesario enviarla partida en tiras y pegadas en una placa lisa, no adherente, a esterilización en óxido de etileno. No se debe enviar en rollos porque el pegamento de la tela impide la entrada del gas hacia las diferentes capas de las cintas.

IMPORTANTE: Ninguna cinta quirúrgica reúne todas las características necesarias para la fijación. Es necesario elegir aquella que mejor pueda satisfacer las necesidades del paciente.

Problemas comunes ocasionados por las cintas quirúrgicas.

Problema	Causa	Prevención	Tratamiento
Maceración	Piel sobrehidratada debido a la exposición prolongada a la humedad.	• Evitar el uso de cintas oclusivas, a menos que clínicamente sea necesario. • No utilizar cintas oclusivas por más de 24 horas. • Utilizar protectores de piel.	• Mantener la piel limpia y seca. • Dejar descansar la zona afectada por 24 horas. • Utilizar tela semi-oclusiva o no oclusiva.
Pérdida de la epidermis	Lesión superficial de la piel causada por remoción de la capa externa de las células de la piel con el adhesivo o por aplicaciones repetidas de la cinta sobre la misma área.	• Usar cinta semi-oclusiva o no oclusiva, hipoalergénica. • La colocación de algún protector de la piel puede ayudar a reducir la pérdida de la epidermis.	• Limpiar zona afectada con suero fisiológico. • Dejar descansar la piel por 7 días. • Aplicar un apósito transparente en zona afectada: hidrocoloide, tull o gasa con vaselina.
Adhesivo residual	Parte del adhesivo ha quedado sobre la piel después de haber sido removida la cinta.	• Elegir cintas hipoalergénicas. • Retirar la cinta lentamente.	• Retirar suavemente el adhesivo con agua y jabón, suero fisiológico u otro adhesivo nuevo, frotando sobre el área afectada. • Lubricar la piel. • Dejar descansar la zona afectada durante 24 horas.

E.U. Isabel Aburto T., E.U. Patricia Morgado A.

Problema	Causa	Prevención	Tratamiento
Reacción alérgica	Generalmente ocurre por la sensibilidad a un nuevo adhesivo, pero a veces puede ser producida por el soporte de la cinta. Mientras mayor sea la exposición al componente alergeno, mayor es la severidad de la reacción.	Uso de cintas adhesivas hipoalergénicas, no oclusivas.	• Aseo con suero fisiológico en la zona afectada. • Dejar descansar zona dañada por 2 a 5 días si es posible. • Cambiar de cinta quirúrgica inmediatamente. • Lubricar zona dañada con vaselina.
Lesión química	Se debe a la acumulación de una sustancia química entre el adhesivo y la piel.	• Asegurarse que la piel esté limpia y seca antes de aplicar la cinta quirúrgica. • No utilizar tintura de benzoaina. • Si se usa un protector de piel, dejar secar antes de aplicar la cinta. • Utilizar cintas porosas. • Mantener cintas quirúrgicas limpias.	• Aseo con suero fisiológico. • No aplicar cinta quirúrgica en la zona afectada por 7 días. • Tratar zona afectada con apósito transparente, tull, hidrocoloide o hidrogel.

E.U. Isabel Aburto T., E.U. Patricia Morgado A.

Problema	Causa	Prevención	Tratamiento
Foliculitis	Inflamación del folículo causada por atrapamiento de algún químico, bacterias o adhesivo en el tallo del vello.	• Usar, en lo posible, cintas microporosas hipoalergénicas. • Mantener cintas quirúrgicas limpias. • Mantener piel limpia y seca. • Si es necesario, cortar el pelo o vello para aplicar la cinta, no rasurar.	• Aseo con suero fisiológico. • Dejar descansar la zona afectada por 7 días. • Tratar la zona dañada con apósito transparente adhesivo o no adhesivo, tull, hidrocoloide o hidrogel.
Tensión	La piel se pliega por sobreestiramiento de la cinta adhesiva.	• Cortar la cinta antes de colocarla. • Colocar la cinta desde el centro hacia los bordes. • Nunca aplicar la cinta directamente desde el carrete, ya que la fuerza ejercida por éste aumenta la tensión sobre la piel.	• Retirar suavemente la tela desde el borde hasta el centro. • Dejar descansar la zona afectada a lo menos 24 horas.

E.U. Isabel Aburto T., E.U. Patricia Morgado A.

DEFINICION

Todo material en rollo o tiras de fibra natural, sintética o mezcla de ambas, que constituye una tela blanda y flexible que se puede fijar alrededor de una zona lesionada del cuerpo con distintos propósitos clínicos.

Propósitos clínicos:

- proteger,
- inmovilizar,
- fijar apósitos y férulas para evitar desplazamientos,
- comprimir,
- fijar elementos de tracción,
- moldear, especialmente muñones de amputación,
- favorecer el retorno de la circulación venosa de las extremidades,
- mantener posiciones fisiológicas, evitando secuelas funcionales,
- facilitar soporte y sostén de articulaciones y otras zonas.

Clasificación

Existen numerosas clasificaciones de vendajes, de las cuales se utilizará la funcional según la finalidad mecánica, **Tabla 1**.

Tabla 1
Clasificación funcional de los vendajes según finalidad mecánica

Tipo	Función
Protectores	Sostener el apósito sobre una lesión para aislar y prevenir nuevos traumatismos.
Compresivos	Presionar la zona lesionada. Se realizan con vendaje de tejido elástico. Ej. hemorragia, várices.
Inmovilizadores	Limitan los movimientos de la zona que abarcan y son suficientes para poner en reposo algunas lesiones e incluso luxaciones y esguinces de ciertas características particulares.
Mixtos	Reúnen dos o tres de los objetivos anteriores.

E.U. Heidi Retes C.

TIPOS DE VENDAS

Las vendas varían de tamaño y de calidad. Aunque se pueden improvisar de sábanas u otras telas, lo más práctico y cómodo es utilizar vendas fabricadas. Los tamaños más usados son de 5, 7, 10 y 15 cm de ancho.

Los tipos de venda existentes en el mercado chileno son:

- **Venda de gasa orillada**: es la de uso más común, fabricada en algodón. Su calidad y características vienen determinadas por la cantidad de hilos por cm^2. Son delgadas, ligeras, blandas y porosas. Indicadas principalmente para fijar apósitos. Fig. 5.

Fig. 5

- **Venda de muselina**: fabricada en algodón, pero de consistencia y grosor mayor que el de la venda anterior. Es poco elástica, pero resistente, siendo utilizada para sujetar férulas. Permite su uso repetido previo lavado. Fig. 6.

Fig. 6

- **Venda elástica**: se distingue por su elasticidad. Se fabrica entretejiendo algodón y fibras sintéticas elásticas. Util si se precisa aplicar presión. Permite uso repetido previo lavado. Es la indicada cuando el vendaje se aplica en las extremidades para facilitar el retorno venoso. Fig. 7.

Fig. 7

- **Venda de gasa Kling**: es un tipo especial, tejida de tal modo que tiende a retraerse. Se amolda y fija fácilmente. Fig. 8.

Fig. 8

- **Venda elástica adhesiva**: posee una cara con adhesivo, lo que facilita su fijación. No debe aplicarse directamente a la piel, por la posibilidad de problemas alérgicos o de piel sensible. Colocar debajo otro vendaje de gasa, o bien, un apósito cuando se usa esta venda. Fig. 9.

Fig. 9

- **Venda impregnada en materiales**: materiales que después de su humidificación se solidifican y permiten un vendaje rígido, como el enyesado. Fig. 10.

Fig. 10

- **Venda elástica cohesiva**: fabricada de fibras sintéticas y naturales, elásticas, resistentes, en un soporte de caucho natural o sintético, estructura que facilita la regulación de la tensión que se aplica sobre el vendaje, dependiendo del propósito clínico. Posee un adhesivo hipoalergénico especial que no se adhiere a la piel sino a sí mismo, lo que permite fijar la venda sin necesidad de ganchos o alfileres. El nivel de fijación es permanente sin importar la actividad que desarrolle el paciente. Fig. 11.

Fig. 11

PRINCIPIOS GENERALES EN LA TECNICA DEL VENDAJE

El vendaje es un procedimiento habitual de enfermería, para cuya aplicación es necesario establecer claramente el **objetivo** antes de vendar. Así, el operador puede determinar el material necesario, la cantidad, la fuerza a aplicar, la extensión por abarcar, los accesorios indispensables, el tiempo de uso del vendaje, etc.

Principios generales

- Lavado de manos antes y después de la aplicación de un vendaje. Seguir una técnica aséptica siempre que en la zona a tratar exista una herida.

- El ancho de la venda se elige según la longitud del segmento por vendar:
  - Segmento corto, venda estrecha, de menos de 10 cm. de ancho.
  - Segmento mediano, venda de ancho intermedio, de 10 a 20 cm.
  - Segmento largo, venda ancha, más de 20 cm.

- El operador y el paciente se situarán de forma cómoda para ambos, facilitando siempre la ejecución del vendaje.

- El rollo debe ir hacia arriba y estar firmemente enrollado. Debe sentirse consistente al presionarlo.

- El vendaje debe tener aproximadamente igual espesor o número de vueltas en toda su extensión, salvo que en algún punto requiera más grosor por motivos especiales.

- El vendaje debe ser cómodo y no provocar dolor, permitiendo la libre movilidad de los segmentos.

- El operador diestro venda de preferencia de izquierda a derecha y el zurdo a la inversa.

- Es conveniente deslizar el rollo directamente sobre el segmento por vendar para no ajustar excesivamente el vendaje.

- Casi todos los vendajes comienzan por 2 o 3 vueltas circulares fijadoras y finalizan de igual manera. Nunca debe darse más vueltas de las necesarias, cortando la venda sobrante. El extremo final de la venda se sujetará con tela adhesiva, alfileres de gancho con seguro o ganchos especiales.

- El vendaje debe quedar firme y seguro, pero permitir una buena circulación sanguínea.

- Al vendar, procurar que la zona lesionada mantenga la musculatura relajada.

- El vendaje que se usa con fines de inmovilizar una zona, al estar correctamente aplicado debe dejar inmóviles por lo menos las dos articulaciones más cercanas, proximal y distal, a la zona lesionada.

- El vendaje torácico no debe comprometer ni limitar la dinámica respiratoria.

- En el vendaje en espiral cada vuelta de banda debe cubrir aproximadamente la mitad o más de la vuelta anterior.

- En el vendaje compresivo la compresión debe ser uniforme en toda su extensión.

- Si durante la aplicación de un vendaje compresivo o inmovilizador se observa algún defecto de ejecución de la técnica, se debe retroceder hasta el punto del defecto y corregirlo, nunca seguir e intentar corregirlo a lo largo del resto de la aplicación.

- Al vendar extremidades, vendar en sentido distal a proximal, esto es, desde los dedos al tronco.

- Colocar las extremidades en posición funcional, a menos que haya razones especiales para vendarlas en extensión o flexión extremas, como es el caso de las quemaduras, en las que la posición de la zona debe quedar en contra de la retracción.

- Cuidar que las superficies de piel no queden en contacto directo con el vendaje. Colocar algodón o apósitos en los pliegues como axila, mano, ingle, etc.

- Si existen heridas, protegerlas antes de vendar.
- Si se encuentra una zona isquémica, evitar vendarla con cintas elásticas o con vendajes a presión.
- Al vendar el cabo terminal, en lo posible el vendaje debe fijarse con tela adhesiva o cintas quirúrgicas, no directamente a la piel.
- Los puntos de prominencias óseas deben ser protegidos al realizar un vendaje.
- Observar la zona vendada en búsqueda de edema, cianosis, hormigueo. Para una buena observación, el vendaje debe ser retirado y luego colocado nuevamente.
- El vendaje debe renovarse cuando esté en mal estado, húmedo, maloliente o incomode al paciente.

Indicadores de complicación por compresión excesiva

- palidez
- eritema
- cianosis
- edema
- frialdad de los tejidos
- parestesias
- alteraciones de la sensibilidad
- dolor
- salida de fluidos por el drenaje
- olor anormal.

TECNICA

Hay diferentes formas de aplicar la venda, de acuerdo al lugar anatómico o finalidad del vendaje.

Vuelta circular

Se usa para vendar una parte cilíndrica del cuerpo, para mantener en su sitio un apósito o para fijar el extremo inicial o final de un vendaje. Consiste en superponer la venda de forma tal que cada vuelta cubra completamente la anterior. No debe sobrepasar las dos vueltas. Fig. 12.

Fig. 12

Venda en espiral u oblicua

Se utiliza generalmente en extremidades. La venda cubre dos tercios de la vuelta anterior y se sitúa algo oblicua al eje de la extremidad. Fig. 13.

Fig. 13

Vuelta en espiga

Se emplea para vendar partes de forma cónica, como muslo o pierna. Se inicia con dos vueltas circulares para fijarlo. Se dirige la venda hacia arriba, realizando una vuelta en espiral. Se coloca el pulgar de la mano libre en la venda, se dobla ésta y se hace una vuelta en espiral descendente. Se repiten las vueltas en espiral ascendente y descendente, de modo que cada una cubra la mitad de la anterior del mismo sentido. Se termina el vendaje mediante dos vueltas circulares, debiendo quedar el dibujo en forma de espiga o V. Fig. 14.

Fig. 14

Vueltas en ocho o tortuga

Se utiliza para vendar zonas de articulaciones móviles, ej. rodilla, tobillo, muñeca, codo. Se coloca la articulación ligeramente flectada, iniciando el vendaje en dos vueltas circulares en el centro de la misma. Se dirige la venda de forma alternada hacia arriba y abajo de la articulación, describiendo una forma de 8, de modo que cada vuelta cubra parcialmente la anterior y que en la parte posterior la venda siempre pase y se cruce en el centro de la articulación. Se termina con un par de vueltas circulares sobre la articulación. Fig. 15.

Fig. 15

Vuelta recurrente

Se emplea para vendar la punta de los dedos, el puño, muñón de amputación o la cabeza. Inicialmente se fija el vendaje con vueltas circulares en el límite proximal de la zona a vendar. Se lleva el rollo de venda en dirección perpendicular a las vueltas circulares, pasando por el extremo distal y llegando a la parte posterior, haciendo un doblez y volviendo hacia la parte frontal. Se fija el vendaje con dos vueltas circulares. Fig.16.

Fig. 16

Vendaje de zonas especiales

Cuello

Inmovilizar cuello en extensión con almohadilla en forma circular. Fijar vendaje hacia el tórax. Fig. 17.

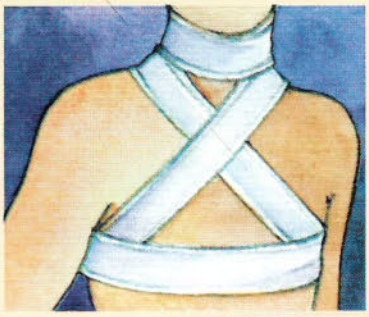


Fig. 17

Axila

Cubrir con apósito. Dejar el brazo en abducción de 90° en relación al tórax, con inclinación anterior de 10° a 20°. Fig.18.

Fig. 18

Codo

Cuando la zona comprometida se sitúa en la cara anterior del codo, la extremidad superior debe quedar en extensión. Si la lesión corresponde al pliegue posterior del codo se debe vendar en flexión leve de manera que el brazo quede en 40° en relación al antebrazo, particularmente en caso de quemadura. Fig.19 A - 19AB.

Fig. 19A

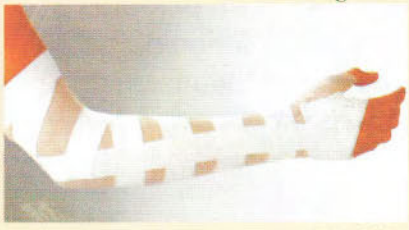


Fig. 19B

Hueco poplíteo

Debe quedar en extensión. Fig. 20.

Mano

Cuando existe compromiso de los dedos, deben vendarse en forma individual y con separación de los espacios interdigitales, luego vendar con pulgar en abducción y leve oposición. Fig. 21.

Si la lesión compromete la cara dorsal de la mano, especialmente en las quemaduras, dejar las articulaciones en flexión leve, con el pulgar en oposición, colocando un rollo de moltoprén posicionando su cara palmar.

Si la lesión compromete la cara palmar de la mano, dejarla en extensión.

Pie

Se debe vendar con los mismos cuidados que la mano. Cuando la lesión está en el tobillo o en el pliegue anterior de éste debe dejarse en extensión cuidando de no provocar pie equino. Fig. 22.

Fig. 20

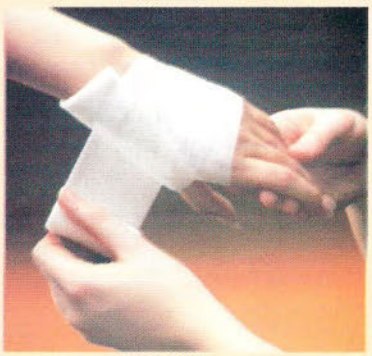
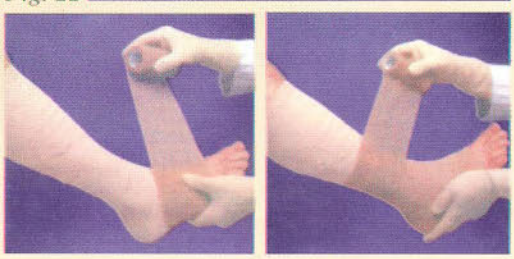


Fig. 21

Fig. 22



BIBLIOGRAFIA

- *Teide «Diccionario Médico». Editorial Teide. Barcelona, 1980.*
- *Bové T. «El vendaje Funcional». Editorial Mosby / Doyma, 2da Edición, 1995.*
- *Potter & Perry «Fundamentos de Enfermería». Editorial Mosby / Doyma, 3era Edición, 1996.*
- *Reprinted from The American Journal of Nursing, Febrero 1988.*
- *Morgan E. «Surgical Tape». M.D. Washington D.C., 1996.*
- *Safvert E. and Farm J. «Contact Dermatitis». Copyright Munksgaard, 1995.*
- *Weber B. Nursing 92 Agosto – Septiembre. RN, MS. «Critical Care Staff Nurse. Allegheny General Hospital.» Pittsburg, Pennsylvania.*
- *Modeheaver G. «Mechanical Performance of Wound Closure Tapers - Annds of Emergency Medicine», April 1983.*
- *«The application on a removal of adhesive tapes». Focus on Critical Care. June 1988.*
- *3M Salud. Revista Salud de la Piel. Editorial Pautas. 1997.*
- *División Médico-quirúrgica de 3M. «Análisis sobre el uso de cintas quirúrgicas». Literatura técnica. 1991.*
- *Bryant R. «Saving the skin from tape injuries». Am J Nursing 88 (2); 189-191, 1988.*
- *Micropore TM surgical tape value analysis confirms performance and cost effectiviness. 3M Medical-Surgical Division, 1986.*
- *3M Skin Health Program: Skin and Wound Assessment and Management Guide. 3M Medical-Surgeon Division, 1987 (cod. 70-2008-9884-2).*
- *Aburto I., «Estudio comparativo entre cintas quirúrgicas oclusivas vs no oclusivas», Servicio de Cirugía Hospital del Salvador, 1995.*

AUTORA

Cintas Quirúrgicas

E.U. Isabel Aburto T.
Jefe Depto. Capacitación
Hospital del Salvador
Servicio de Salud Metropolitano Oriente

Vendajes

E.U. Heide Retes C.
Enfermera Clínica
COANIQUEM

E.U. Patricia Morgado A.
Programa Salud del Adulto
División de Salud de las Personas
Ministerio de Salud

REVISION TECNICA

Dr. Mario Uribe M.
Jefe Pabellon Quirúrgico
Hospital del Salvador

Q.F. Gastón Cartagena P.
Dr. en Bioquímica
Especialista en Salud de la Piel

E.U. Edna Bigio R.
Consultora Clínica
Puerto Rico

EDITORA
E.U. Patricia Morgado A.

DISEÑO Y DIAGRAMACION
Luz María González S.

Impresión
SERPRINT

Santiago, Marzo 2000.