

Método para un correcto vendaje tras cirugía de antepié.

DOI: <http://dx.doi.ORG/10.37315/SOTOCV20242985936>

SIVERA-AGOST L, ALENDE-FERRO S, SEGURA-BUENO N.

Consultas Externas – Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN.

Premio a la Mejor Comunicación Enfermería. 50º Congreso SOTOCV 2023.

Resumen

La patología de antepié es un problema muy frecuente y una de las principales causas de consulta y tratamiento quirúrgico en Cirugía ortopédica y Traumatología. Los vendajes correctores son una parte fundamental del manejo post-quirúrgico, precisando cambio semanal del mismo durante 4 semanas. Se basan en la colocación de gasas, tiras de esparadrapo, y venda en el antepié, con diferentes vectores de tracción según tipo de cirugía. Son vendajes encaminados a mitigar el dolor y, fundamentalmente, a mantener y consolidar la corrección generada con la intervención. La enfermería tiene un papel importante en la realización y control de estos vendajes, por lo que se hace necesario tener una guía o manual de enfermería dirigido al procedimiento de los mismos con el objetivo de estandarizar la actuación, disminuir su variabilidad y unificar criterios. Para ello se realizó una revisión bibliográfica y se confeccionó, según nuestra experiencia, una guía clínica propia.

Palabras clave: vendaje, corrección, antepié, enfermería.

Summary

Forefoot pathology is a very common problem and one of the main causes of consultation and surgical treatment in orthopedic surgery and traumatology.

Corrective bandages are a fundamental part of post-surgical management, requiring weekly changes for 4 weeks. Bandages are based on the placement of gauze, tape strips, and a bandage on the forefoot, with different traction vectors depending on the type of surgery. They are aimed at mitigating pain and, fundamentally, maintaining and consolidating the correction generated by the intervention. Nursing has an important role in the implementation and control of these bandages, which is why it is necessary to have a nursing guide or manual aimed at the procedure with the objective of standardizing its performance, reducing its variability and unifying criteria. For this purpose, a bibliographic review was carried out and, according to our experience, our own clinical guide was prepared.

Keywords: bandage, correction, forefoot, nursing.

Correspondencia:

L Sivera Agost

sivera_lau@gva.es

Fecha de recepción: 19 de junio de 2024

Fecha de aceptación: 2 de agosto de 2024

INTRODUCCIÓN

La patología de antepié es un problema muy frecuente en nuestra población y una de las causas más frecuentes de consulta por dolor en el pie. Así mismo, es la causa más frecuente de cirugía del pie, después de las fracturas. El desarrollo de esta patología suele ser lento¹. Dependiendo del dolor, limitación funcional y calidad de vida que genere al paciente se puede plantear su tratamiento de forma conservadora o quirúrgica.

Los tratamientos conservadores buscan retrasar la evolución de la enfermedad, así como prevenir o reducir el dolor derivado; el profesional sanitario decidirá si se podrán implementar. Estos pueden ser: utilización calzado ancho, tacón inferior a 5 cm, ortesis de silicona que acomodan los dedos en el calzado, plantilla de descarga retrocapital, revisión podológica para eliminar los casos de hiperqueratosis, medicación para reducir la inflamación y el dolor, etc. Todos ellos deben estar valorados y prescritos por personal cualificado², tras haber realizado una exploración física y estudios complementarios adecuados.

El tratamiento definitivo para algunas de las patologías del antepié es el quirúrgico, que si bien proporciona correcciones muy satisfactorias, pueden recaer con el tiempo. En función de la anátomo-patología de la lesión y su diagnóstico, se realizarán diferentes tipos de cirugías que pueden ser: mínimamente invasivas (percutáneas) o abiertas y, según técnica, actuarán sobre partes blandas, óseas o ambas.

El vendaje corrector es una parte fundamental del manejo post-quirúrgico de la patología del antepié. Está encaminado a mitigar el dolor y, fundamentalmente, a mantener y consolidar la corrección generada con la intervención³.

Las deformidades más frecuentes, susceptibles del uso de este vendaje, son: hallux valgus, dedos en garra o martillo y la metatarsalgia. Las detallamos a continuación⁴.

- Hallux valgus (juanete): es una deformidad del primer dedo del pie que se produce como consecuencia de una desviación en varo del primer metatarsiano que, a su vez, va a ocasionar una desviación en valgo del primer dedo. Tras la exploración física y la realización de radiografías en carga, se podrá establecer la indicación quirúrgica. Las técnicas quirúrgicas precisarán actuar sobre partes blandas, asociando o no osteotomías para la corrección, que pueden hacerse de forma percutánea o abierta, utilizando material de osteosíntesis o no¹.

- Dedo en garra: deformidad donde hay varias articulaciones del dedo del pie afectadas. Una es la articulación metatarsofalángica (MTF) que sufre hiperextensión y las otras son la articulación interfalángica proximal (IFP) y la distal (IFD) ambas deformadas en flexión.

- Dedo en martillo: es una deformidad donde la articulación en flexión es la articulación interfalángica proximal (IFP), mientras tanto la articulación metatarsofalángica (MTF) como la interfalángica distal (IFD) se sitúan en hiperextensión.

La técnica quirúrgica más frecuente empleada en estos últimos dos tipos de deformidad es, si se trata de una garra rígida la artroplastia resección, con uso de aguja de Kirschner o no; mientras que en caso de ser una garra flexible es preferible la tenotomía extensora o flexora, con o sin capsulotomía asociada⁵.

- Metatarsalgia: se define como el dolor en la región metatarsiana anterior asociado a alteraciones del apoyo del antepié. Hay una sobrecarga en las cabezas de algunos de los metatarsianos que provoca dolor y la aparición de hiperqueratosis subcapitometatarsiana. En general, se dividen en: metatarsalgias de segundo rocker o metatarsalgias tercer rocker de la marcha, según sea su etiología mecánica. La técnica quirúrgica más frecuente empleada en metatarsalgias de tercer rocker es la osteotomía Weil abierta vs DMMO percutánea, con osteosíntesis o no⁶.

La intensidad del dolor del paciente y el grado de deformidad van a ser claves para adoptar la decisión quirúrgica; mientras que el tipo de deformidad y la experiencia o práctica del profesional determinará el tipo de cirugía. Las técnicas quirúrgicas pretenden aliviar parcialmente o mitigar por completo el dolor y favorecer la función, al corregir la deformidad. Tras ellas, la colocación del vendaje en las semanas posteriores es de gran importancia para el mantenimiento de las correcciones obtenidas durante la intervención⁷. Es aquí donde la enfermería tiene un importante papel participando en el mantenimiento de una corrección adecuada de las articulaciones y una buena alineación de los dedos mediante la correcta realización de los vendajes su cambio y seguimiento; por tanto, su actuación es trascendente para alcanzar un resultado satisfactorio tras estas intervenciones³.

Así pues, los objetivos del presente estudio son:

1) adquirir y transmitir conocimientos sobre los distintos tipos de vendajes correctores de pie tomando conciencia de la importancia de su correcta realización tras la intervención quirúrgica.

2) describir el procedimiento de cambio y colocación de estos vendajes en la consulta.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

Tras la intervención del pie el paciente es citado a consulta externa de Traumatología para realizar el seguimiento por

su cirujano y las curas y cambios de vendaje corrector por parte del personal de enfermería.

En protocolo de curas, para este tipo de intervenciones, establecido por la Sección de Pie-Tobillo del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital General Universitario de Castellón tiene una periodicidad semanal durante 4 semanas, si bien, la primera cura y cambio del vendaje corrector puede adelantarse a las 24-48 horas iniciales en caso de sangrado o molestias; si no, se realiza al cumplir una semana tras la cirugía y, consecutivamente, en la segunda, tercera y cuarta semana, coincidiendo cada cura con el control evolutivo semanal del cirujano.

La cura y colocación del vendaje corrector sigue un patrón que se repite en las semanas siguientes con variaciones según sea la patología o deformidad que ha provocado la intervención. El esquema de estas curas es el siguiente:

1ª semana

- Se retira el vendaje quirúrgico con tijeras especiales de vendaje, humedeciendo con abundante suero fisiológico en caso de que se encuentre manchado de sangre, seco y adherido a la piel. Una vez retirado vigilar el estado de las incisiones y de la piel circundante. Limpiar con esponja de clorhexidina, secando bien los puntos de sutura y los espacios interdigitales con gasas (Fig. 1). Después aplicar clorhexidina spray al 2%, si el estado de la herida quirúrgica lo requiere colocar apósito de Biatain® Ag no adhesivo. Por último, realizar el vendaje corrector correspondiente.



Figura 1: Pie intervenido por hallux valgus, dedo en garra y metatarsalgia.

Como hemos dicho antes, en función de la patología e intervención realizada se confeccionará el vendaje corrector con una disposición diferente de las gasas y tiras de esparadrapo para mantener las correcciones alcanzadas en el quirófano.

Así pues, si el paciente ha sido operado de Hallux Valgus se colocará Biatain® Ag no adhesivo sobre la incisión quirúrgica del 1er dedo. Posteriormente, se realizará una leve tracción del hallux en su eje dirigiendo éste hacia varo y plantar, a la vez que se pasa una gasa, desde la región medial y dorsal del primer metatarsiano rodeando el hallux a nivel de la segunda falange, nunca colocarlo en el pliegue para evitar problemas de riego en el dedo, y finalizando en la región plantar medial a nivel de primer metatarsiano donde está la herida quirúrgica⁸. Colocaremos tres gasas con esta disposición para una mayor tracción y alienación. En caso de que se realice una artrodesis o fijación de la articulación metatarsofalángica no se traccionará⁹.

En los pacientes intervenidos de Dedo garra o martillo se pasará en primer lugar una gasa que arranca desde la zona plantar, pasa por el dorso de la primera falange del dedo intervenido, a modo de corbata invertida, para terminar en zona plantar formando una corbata que fuerza dicha falange hacia plantar. La segunda gasa empieza de forma inversa, desde el dorso del pie, pasando por la cara plantar de la tercera falange del dedo, para volver al dorso a formando una corbata con la que traccionaremos hacia dorsal. En la colocación de ambas gasas en conveniente asociar tracción en el eje del dedo. Ahora bien, si es portador de aguja de Kirschner endomedular la tracción no es necesaria, ya que esta función la cumple la aguja; igualmente, puede obviarse la colocación de la 2a gasa descrita.

En las intervenciones por Metatarsalgia se colocarán gasas a través de cada espacio interdigital dirigiendo sus cabos, uno dorsal y otro plantar, hacia el primer dedo del pie tirando del cabo plantar para hacer presión y dirigir cada cabeza metatarsal en esa dirección. Se puede colocar dos gasas entrelazando el primer dedo sin necesidad de traccionar de él.

- A continuación, tras la colocación de las primeras gasas (Fig. 2), que son las más importantes, colocaremos un par de gasas abiertas para cubrir el pie por plantar y dorsal, de forma que agrupen todos los cabos de las gasas anteriores. Después vendaremos el pie con venda cohesiva; pasaremos la venda dos vueltas alrededor del primer dedo y, en caso de que el paciente haya sido intervenido de Hallux valgus, ejerceremos con ellas tracción para forzarlo en varo y dirección plantar, pero con cuidado de no generar isquemia.



Figura 2: Tiras de gasas en hállux valgus, espacios interdigitales y en dedo en garra.

- Finalmente, se colocan tiras de esparadrapo, de 1 cm de ancho para el primer dedo y de 7-8 milímetros para el resto de radios, en la misma dirección que las primeras gasas con el fin de reforzar el vendaje y la corrección de los dedos (Fig. 3). Se aconseja que el esparadrapo sea de tela para dar al vendaje mayor tensión y que ésta se mantenga en el tiempo durante una semana. Para evitar movilización, en el caso de que lleve una aguja de Kirschner, se puede colocar una tira de esparadrapo por encima de la aguja hasta el resto del vendaje. Como terminación del vendaje, encima de todas las gasas y tiras de esparadrapo, se pondrán unas cintas más anchas de esparadrapo de manera transversal para hacer un todo compacto y estable³ (Fig. 4).



Figura 3: Venda cohesiva con vueltas sobre hállux valgus + Tiras de esparadrapo en hállux, dedo en garra e interdigitales.



Figura 4: Configuración final del vendaje corrector (Vista plantar).

Como complemento al vendaje corrector, el paciente utilizará un zapato ortopédico de suela rígida lisa las 24 horas del día, durante cuatro semanas desde el día de la intervención⁷. Este zapato permite la marcha en carga, favoreciendo así la consolidación ósea, a la vez que protege la cirugía realizada.

2ª semana

- Se mantiene el mismo esquema de cura y vendaje que en la primera semana.

3ª semana

- Además de realizar lo mismo que en las semanas anteriores, si la situación de la herida quirúrgica lo permite se retirarán los puntos. En ocasiones, esta retirada veces se hace de puntos alternos para evitar dehiscencias y problemas de cicatrización.

4ª semana

- Alcanzado el mes tras la cirugía, tras realizar un control radiológico, se retira el vendaje corrector de la cura anterior en su totalidad, optando o no por cubrir las heridas con apósitos simples para evitar roces inmediatos con el calzado.

Si el paciente ha sido intervenido de dedo en garra o martillo y es portador de aguja de Kirschner, ésta será retirada por el médico; una vez retirada, se mantendrá un esparadrapo en la primera falange, como se ha descrito anteriormente, durante un mes para evitar recidivas. Se instruye al paciente para que realice el cambio en su domicilio tras la higiene personal.

Generalmente las agujas de Kirschner se extraen con facilidad e incluso algunas, en pacientes muy poróticos,

caen durante las curas sin que modifique el protocolo de las mismas. En este caso, se dejarán colocados dos esparadrapos cortados en tiras como las anteriores a modo de corbata, una por el dorso de la 1ª falange hacia plantar y la otra por la planta de la 3ª falange hacia dorsal, con ellas se pretende perpetuar la corrección durante las 4 semanas siguientes preferiblemente.

DISCUSIÓN

En la revisión bibliográfica de la literatura realizada relativa al uso y elaboración de un vendaje corrector tras cirugía de antepié se ha buscado en las principales bases de datos científicas (Pubmed, Cochrane, Web Of Science, Embase y Scopus) los siguientes términos: vendaje, corrección, antepié y enfermería, marcando como límites: antigüedad 10 años, idioma (inglés, español), tipo de estudio (revisión sistemática, guía de práctica clínica, ECA). Así mismo, se consultaron libros de cirugía ortopédica y traumatología específicos en cirugía de pie y tobillo.

Se encontraron escasas publicaciones que hicieran referencia específica a la colocación de los vendajes postquirúrgicos en cirugía de antepié. Ninguna de ellas

establecía una guía clínica clara para poder facilitar al personal de enfermería la realización de este tipo de vendajes de forma estandarizada.

Es por ello que mostramos esta guía clínica, en uso actualmente en el Hospital General Universitari de Castelló, para su conocimiento y difusión. De este modo, se facilita al personal de enfermería una realización reglada de los vendajes, mejorando así el confort y la calidad asistencial del paciente.

Unificar criterios a través de una guía o manual para la cura y elaboración de los vendajes correctores post-quirúrgicos de las cirugías del antepié hace más sencillo estandarizar, reglar dicha actuación y disminuir su variabilidad; con ello se previenen y corrigen errores durante su confección, así como la aparición de complicaciones post-operatorias de cicatrización, infección o recidivas de la deformidad.

Este estudio ha sido realizado a raíz y para completar la Guía Clínica del Vendaje corrector en cirugía de antepié elaborada por enfermería de Consultas externas de Traumatología en colaboración con la Sección de Pie-Tobillo del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital General Universitario de Castellón, y se puede encontrar en la base de datos del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Laffenêtre O, Darcel V, Chauveaux D.** EMC-Podología, Hallux Valgus Volumen 14, numero 1. ed. 2012. Elsevier Masson SAS; 2012. p. 1-11. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/51-s2.0-S1762827X12610682.pdf?locale=es_ES&searchIndex=
2. **Fernández- Lasquetty Blanc B.** Cuidados al paciente con alteraciones traumatológicas y ortopédicas. 1º ed. 2011. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2011. p. 250-255. Disponible en: <https://ebooks.enfermeria21.com/ebooks/-html5-dev/123/250/>
3. **Molina V, Gil MV.** Cambio de vendaje corrector en cirugía percutánea del pie [Internet]. Index-f.com. [citado el 20 de abril de 2023]. Disponible en: <http://www.index-f.com/inquietudes/43pdf/4317.pdf>
4. **García García MA, Hernandez Hernandez V, Montero Arroyo R, Ranz Gonzales R.** Enfermería de Quirófano Tomo I, 2º ed. Madrid: Difusion Avances de Enfermería (DAE); 2018. p. 355-357. Disponible en: <https://ebooks.enfermeria21.com/ebooks/-html5-dev/713/354/>
5. **Coursier R, Patout A, Jarde O.** Técnicas quirúrgicas – Ortopedia y Traumatología Dedo del pie en garra Volumen 1, numero 4, ed 2009. Elsevier Masson S.; 2009.p. 1-8. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/51-s2.0-S2211033X09700982.pdf?locale=es_ES&searchIndex=
6. **Coughlin MJ, Mann RA, Saltzman CL.** Pie y tobillo. Madrid: Marbán 2011. p. 157-403.
7. **Núñez-Samper Pizarroso M, Llanos Alcázar LF, Viladot Pericé R.** Tecnicas quirurgicas en cirugía del pie. ed. 2003. Barcelona. Masson; 2003. p. 23-24 y 179.
8. **Herrero Alarcón A, Gonzalez Gómez IC.** Técnicas y procedimientos de enfermería Tomo II, ed 2019. Madrid: Difusion Avances de Enfermería (DAE); 2019. p. 982-984. Disponible en: <https://ebooks.enfermeria21.com/ebooks/-html5-dev/456/982/>
9. **De Prado M, Ripoll PL, Golanó P.** Cirugía percutanea del pie, 1º ed. 2003. Barcelona. Masson S.A 2004. p. 88-93.