



Universidad Del Sureste
Campus Comitán



Medicina Humana



Medicina física y de rehabilitación

Practica de férula

Gabriela Montserrath Pulido Padilla

Dr. Jorge López Cadenas

5º semestre "A"

Comitán de Domínguez Chiapas a 17 de marzo de 2024.

PRACTICA APLICACIÓN DE COLOCACIÓN DE FÉRULA.

Contenido / Evidencia:

Este documento tiene como finalidad demostrar la importancia de una inmovilización con férula, así como sus beneficios y riesgos que se llevan en el proceso. La colocación de una férula de yeso desempeña un papel importante en el tratamiento de lesiones musculo-esqueléticas, lesiones de tejidos blandos, lesiones traumáticas, lesiones por sobreesfuerzo y luxaciones articulares. Por eso la importancia de conocer las técnicas adecuadas, para que de esta manera podamos preservar la función de la extremidad con el propósito de evitar complicaciones.

INMOVILIZACIONES CON FÉRULAS DE YESO TEORIA.

La inmovilización con férulas o yesos, es el tratamiento de elección de muchas lesiones musculo-esqueléticas. Por ello, se debe realizar una técnica adecuada para disminuir al máximo las posibles complicaciones.

Síndrome Compartimental	Isquemia
Lesiones térmicas	Úlceras de presión y heridas
Infección	Dermatitis
Rigidez	Lesión neurológica
Atrofia muscular	Trombosis venosa profunda
Osteoporosis	

En esta actividad o practica escolar aprendimos la colocación correcta de una férula inguinopédica sin embargo, existen diversos tipos que más adelante se harán mención, pero centrándonos en esta en específico explicare el procedimiento de su elaboración así como sus beneficios. La forma en que se coloca un yeso se encuentra de dos tipos los cuales pueden ser:

- **Férulas:** Consisten en varias capas de vendas de yeso que se utilizan para inmovilizar de forma parcial el perímetro de la extremidad. Se utilizan para lesiones menores o para inmovilización temporal de una extremidad. Para el

miembro superior se puede utilizar de 10-12 capas y para miembros inferiores de 14-16 capas.

- **Yeso cerrado:** Consiste en aplicar la venda de yeso o sintética de forma circular sobre la extremidad lesionada, previa protección de la piel y prominencias óseas.

Existen múltiples indicaciones de inmovilización rígida entre las que se encuentran las fracturas, esguinces, lesiones graves de tejidos blandos, luxaciones, enfermedades inflamatorias: artritis, tendinitis, tenosinovitis, tras reparaciones de heridas profundas que atraviesan articulaciones y lesiones tendinosas.

Las recomendaciones para los pacientes son:

- Mantener extremidad elevada y mover frecuentemente dedos de manos o pies, para disminuir la inflamación.
- Vigilar signos de alarma de complicaciones de la inmovilización como coloración de los dedos, parestesias, edema distal, frialdad o dolor que no cede con la analgesia o que empeora con extensión pasiva de los dedos.
- Mantener yeso seco.
- No introducir objetos dentro del yeso para el rascado y no recortar los extremos.

Es importante valorar el estado de los tejidos blandos, lavar y limpiar abrasiones de la piel, suturar heridas antes de colocar la inmovilización. Además, es importante valorar el estado neurovascular de la extremidad y registrarlo antes y después de la inmovilización.

También es importante retirar la ropa ajustada antes de la inmovilización.

Prevenir las úlceras de presión y heridas de la piel mediante un almohadillado con vendas de algodón cubriendo la extremidad afectada, enfatizando en las prominencias óseas.

TECNICA BASICA DE LA INMOVILIZACIÓN CON FÉRULA DE YESO (INGUINOPEDICA)

1. Material:

- 2 vendas de 15 cm



- 3 guatas de 15 cm



- 2 vendas de yesos de 15 cm



- 1 recipiente de agua
- 2 pares de guantes

2. Preparación del miembro a inmovilizar:

- Retirar la ropa que obstruya el procedimiento
- Retirar accesorios
- Colocar el miembro inferior en extensión



3. Protección de la piel:

- Se coloca la guata del tamaño del miembro inferior de 14 a 18 vueltas para asegurar que el calor de las vendas de yeso no tenga contacto directo con la piel y de esa manera no cause quemaduras



4. Confección de la férula:

- Después de las capas de guata, el yeso se humedece para posteriormente se coloque sobre la guata y esta lo cubra, de esa manera se colocará por la parte inferior del paciente en el miembro inferior para que a continuación se realice el vendaje.



5. Mojado de la venda de yeso:

- El recipiente se llenara con agua suficiente para que la venda de yeso pueda empaparse y esta se active de tal manera que se le quite el exceso de agua con la mano para colocarlo en la guata.



6. Consolidación de las capas de la férula:

- Vendas de yeso: 12 a 14 capas
- Guatas: de manera que el paciente no reaccione directamente con el yeso
- Las vendas necesarias para cubrir el miembro



7. Adaptación de la férula al miembro:

- Se coloca con el miembro en extensión de manera que el hueso quede alineado para inmovilizarlo con la férula



8. Fijación de la férula (vendaje):

- Una vez colocado en la posición correcta se realiza el vendaje cubriendo por completo la extremidad junto a la férula y finalizar la inmovilización



TIPOS DE FERULA

- **Férula posterior de tobillo o suopédica:** Puede usarse una férula corriente sin recortar, medida desde las cabezas de los metatarsianos hasta el extremo superior de la pantorrilla, en un punto situado 3-4 cm por debajo del tubérculo de la tibia.
- **Férula isquiomaleolar:** También llamada inguino-maleolar. Es una ferula larga de pierna que va desde los maléolos hasta la ingle. Es necesario reforzar de forma especial el tobillo para evitar la aparición de úlceras por presión. La rodilla debe quedar en ligera flexión.
- **Férula isquiopédica:** Es una férula larga de pierna, desde las cabezas de los metatarsianos. Es necesario un refuerzo adicional en el muslo que se puede lograr utilizando dos férulas adicionales o recortando la férula en la proporción adecuada.
- **Férula palmar:** Se utiliza en fracturas alrededor del codo (supracondíleas, cabeza de radio, olécranon) y en fracturas de antebrazo. Se extiende desde debajo de la axila hasta el pliegue palmar y cabeza de los metacarpianos, manteniendo las posiciones de seguridad de codo y muñeca.
- **Férula dorsal:** También llamada posterior o volar. Al igual que la anterior va desde la articulación MCF hasta dos dedos por debajo de la articulación del codo, con la diferencia de esta, se coloca en la cara posterior.
- **Férula en intrínseco plus:** Se utiliza sobre todo en lesiones tendinosas. Puede ser dorsal o palmar, según indicación. Va desde la falange distal hasta dos dedos por debajo de la articulación del codo. La muñeca debe permanecer en flexión dorsal (30°) y la articulación MCF en flexión (90°).

• **Férula dorsal incluyendo primer dedo:** Se realiza igual que una férula posterior a la que añadimos una prolongación para el primer dedo. La articulación de la muñeca debe permanecer en flexión dorsal (30°) y el primer dedo en oposición con las articulaciones interfalángicas en ligera flexión.

• **Férula cubital incluyendo cuarto y quinto dedo:** son dispositivos aplicados para inmovilizar fracturas del cuarto y el quinto metacarpianos. Se colocan férulas cubitales en el lado cubital del antebrazo y la mano para inmovilizar los dedos cuarto y quinto y evitar el acortamiento de los ligamentos colaterales durante la inmovilización.

• **Férula braquio-antebraquial:** Inmovilización de fracturas a nivel del codo, antebrazo y muñeca. o Inmovilización tras luxación de codo. Posición del paciente: Sentado, con el codo a 90° de flexión y pronosupinación intermedia.

Bibliografía

Johanna M. Reyes. (2009). principios de inmovilización rígida en cot. enyesados y posiciones funcionales. SECOT