



Universidad del Sureste
Campus Comitán
Medicina Humana



Nombre del tema:

Práctica de yeso

Nombre del alumno:

Elena Guadalupe Maldonado Fernández

Materia:

Medicina física y de rehabilitación

Grado: 5

Grupo: A

Nombre del profesor:

Dr. Jorge Arturo López Cadenas

Comitán de Domínguez a 17 de marzo del 2024

Practica aplicación de yeso

Contenido / Evidencia:



Procedimiento:

1. Organizar el material (2 vendas de yeso 10 cm, 2 vendas huata 10 cm, 1 venda elástica 10cm).
2. Medir con la venda huata la extremidad a inmovilizar.
3. Posteriormente dar de 8 a 10 vueltas de la venda huata.
4. Medir la misma longitud de venda yeso que venda huata
5. Posteriormente dar de 10 a 12 vueltas de la venda de yeso.
6. Introducir la venda de yeso con las medidas correspondientes al recipiente con agua hasta que cesen las burbujas.
7. Quitar el excedente de agua con los dedos.
8. Colocar las dos vendas (venda huata y venda de yeso) al miembro a inmovilizar en un grado de 90° , asegurándonos que la mayor cantidad de capas de venda huata quede proximal sobre las prominencias oseas.
9. Vendar con la venda elástica usando el vendaje tipo circular.

INMOVILIZACIONES CON FÉRULAS DE YESO TEORIA.

DESARROLLO

Yeso braquiopalmar

Férula braquio-palmar: Inmoviliza desde la base de los dedos de la mano hasta el tercio superior de brazo. Mantener el codo a 90°.

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.

Indicaciones:

1. Fracturas humerales supracondíleas infantiles.
2. Fracturas de antebrazo infantiles.
3. Fracturas radiales distales inestables infantiles.
4. Fracturas radiales distales del adulto.
5. Fracturas del antebrazo del adulto.

Precauciones:

1. Dejar libre la eminencia tenar.
2. No extender la escayola más allá del pliegue palmar. El paciente debe poder flexionar las articulaciones metacarpofalángicas (MF) al menos 70°.
3. En la fosa antecubital, no dejar los bordes de la venda de almohadillado dentro de los límites de la fosa.
 - a. Si quedan bordes de la venda de almohadillado, se forman arrugas que pueden dañar la piel en esta zona tan frágil.
 - b. Cruzar la fosa colocando el punto medio de la venda de almohadillado directamente sobre el pliegue de flexión del codo.
 - c. Esto hace que la venda de almohadillado quede ligeramente levantada en tienda de campaña sobre la fosa y sin contacto directo, lo que disminuye el riesgo de dañar la piel.
4. Colocar un almohadillado adicional sobre el olécranon y la estiloides cubital.
5. Estar preparado para abrir un yeso bivalvo y evitar un síndrome compartimental si aumenta el edema tras la reducción.
6. Nunca poner un yeso en una fractura supracondílea aguda o en un codo flotante sin abrir el yeso en dos valvas.

TECNICA BASICA DE LA INMOVILIZACIÓN CON FÉRULA DE YESO

1. **Material:**

- Vendaje tubular, vendaje de algodón, vendaje de yeso, guantes, tijeras, recipiente con agua.

2. **Preparación del miembro a inmovilizar:**

- Retiro de pulseras, anillos.
- Realizar la curación de heridas, o limpieza de la extremidad.

3. **Protección de la piel:**

- Aplique vendaje tubular elástico sobre la piel, algodón blando o venda de algodón, sobre las prominencias óseas, para evitar úlceras por presión.

4. **Confección de la férula:**

- Varios dobleces de una venda de yeso (8-10 capas para el miembro superior). Niños de 6-8 capas. Se realiza la medida primero con la venda de algodón para muestra del yeso.

5. **Mojado de la venda de yeso:**

- Temperatura del agua: Mientras más caliente esté el agua con más rapidez fragua.
- El agua fría da más tiempo para aplicar el enyesado.
- Mojado: Sosténgalo de forma ligera en forma en que el agua penetre su centro. Sujételo bajo el agua hasta que cesen las burbujas y luego escúrralo hasta que deje de gotear.

6. **Consolidación de las capas de la férula:**

- Para el miembro superior se puede utilizar 8-10 capas de venda huata
- Para el miembro superior se puede utilizar de 10-12 capas de la venda de yeso
- 1 venda elástica completa

7. **Adaptación de la férula al miembro:**

- Coloque el vendaje con cuidado sobre el miembro y no lo estire.
Presión sobre la superficie de una mesa o con la ayuda de otra persona, en un mismo tiempo podemos escurrir y fortalecer la férula, ejerciendo presión.
- Aplicar en forma circular o tipo de férula abarcando las 2 articulaciones próximas.

8. **Fijación de la férula (vendaje):**

- Vuelta en espiral: Cada vuelta de la venda cubre 2/3 partes de la vuelta anterior de forma oblicua al eje de la extremidad que se está vendando. El vendaje se debe iniciar en la parte más distal, avanzando a medida que se venda, hacia la más proximal.

TIPOS DE FERULA

- Férula posterior de tobillo o suropédica:

Desde los dedos hasta dos traveses de la zona poplíteica para permitir la flexión de la rodilla. En ocasiones, es necesario colocar refuerzos laterales. Se prepara una tira de yeso que va desde la parte intermedia entre el tobillo y la rodilla de la cara externa de la pierna hasta el mismo nivel en su cara interna, pasando por la planta del pie. Nos queda una tira de 4-5 capas de venda de yeso a modo de “U”. Este refuerzo aporta mayor estabilidad a la férula.

En fracturas del 5º metatarsiano sin desplazamiento se puede añadir a la férula normal un pequeño refuerzo lateral externo a la altura de la lesión de 4-5 capas de grosor que envuelva el lateral externo del pie.

- Férula isquiomaleolar:

Se inicia en la zona maleolar del tobillo de manera que se permite la movilidad de éste. Tanto en la cruropédica como en la inguinomaleolar hay que tener en cuenta en la confección de la férula que ésta debe cubrir más de un tercio de la superficie de la circunferencia del miembro en toda su extensión, por lo cual la férula no tendrá el mismo ancho en su extremo proximal y distal, abriéndose como un abanico en la zona proximal. Al terminar la colocación de este tipo de inmovilización, disponer varios rollos de venda debajo de la rodilla que permitan el fraguado de la férula con el ángulo de flexión correcto.

- Férula isquiopédica:

También conocida como inguinopédica. Es una férula larga de pierna, desde las cabezas de los metatarsianos hasta la ingle. Es necesario un refuerzo adicional en el muslo que se puede lograr utilizando dos férulas adicionales o recortando la férula en la proporción adecuada. La rodilla se flexiona ligeramente (15º) a excepción de las lesiones de rótula, en las que se mantiene habitualmente en extensión completa. El tobillo al igual que en la férula posterior debe permanecer en flexión (90º).

- Férula palmar:

Ortesis pasiva indicada para la inmovilización del antebrazo, la muñeca y la mano en una posición funcional o de reposo.

También llamada ventral o anterior. Se utiliza sobre todo en lesiones tendinosas para garantizar el descanso. Discurre por la cara anterior de brazo. Va desde de la articulación metacarpofalángica (MCF), que debe quedar libre, hasta dos dedos por debajo de la articulación del codo. La muñeca debe mantenerse en flexión dorsal (30º). Es necesario recortarla a la altura del primero dedo.

- Férula dorsal:

También llamada posterior o volar. Va desde la articulación MCF hasta dos dedos por debajo de la articulación del codo, con la diferencia de que ésta, se coloca en la cara posterior. La articulación de la

muñeca debe permanecer en flexión dorsal (30°). Es necesario recortarla con el fin de permitir los movimientos del primer dedo.

- 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°). Las articulaciones interfalángicas deben estar en extensión. El primer dedo tiene que quedar libre, puede ser necesario recortarla para permitir esto.

- 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:

Se confecciona igual que una férula posterior. Discurre por la cara cubital del brazo. Debemos medir desde las falanges distales hasta dos dedos por debajo de la articulación del codo. Puede ser necesario recortarla para permitir el movimiento de los dedos no incluidos en la inmovilización. La articulación de la muñeca debe permanecer en flexión dorsal (30°), la articulación MCF en flexión (45°) y las articulaciones interfalángicas en ligera flexión.

- Férula braquio-antebraquial:

Medir desde el extremo superior del brazo hasta las cabezas de los metacarpianos, recortándola para el pulgar y utilizando la técnica de corte lateral a la altura del codo (colocar en flexión de 90°). La muñeca debe quedar en flexión dorsal (30°).

BIBLIOGRAFÍA

VENDAJES e INMOVILIZACIONES · Manual de bolsillo para enfermería. (2015). Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Reyes Cabrera, J. M. (s. f.). PRINCIPIOS DE INMOVILIZACIÓN RÍGIDA EN COT. ENYESADOS y POSICIONES FUNCIONALES. *Hospital Virgen del Puerto.*

José Gorgues Zamora. (2010). Férula postural de antebrazo, muñeca y mano. *ELSEVIER, Vol. 29. Núm. 3.*

PROTOCOLO DE FERULA DE YESOS. (2014). E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR.

Thompson, S. R. (2013). *MANUAL DE INMOVILIZACIONES Y VENDENAJES TRAUMATOLOGIA.* Elsevier España, S.L.

Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. (2007, octubre). *TÉCNICAS DE ENFERMERÍA: INMOVILIZACIONES CON FÉRULA DE YESO.* Enfermería de Urgencias.