



Universidad del sureste
Campus Comitán
Medicina Humana



**Xóchitl Monserrath Jiménez del Agua
y Culebro.**

Medicina física y de rehabilitación.

5°

“A”

Dr. Jorge Arturo López Cadenas.

Comitán de Domínguez Chiapas a 17 de marzo de 2024

Practica aplicación de yeso (Férula inguinopédica)

Incluye todo el miembro inferior, desde el pliegue inguinal, región trocantérea y por detrás a nivel del pliegue glúteo hasta el pie; su límite inferior, en la cara dorsal del pie, llega hasta la raíz de los dedos y por la cara plantar hasta 1-2 cm abajo de la punta de los dedos.



Practica aplicación de colocación de férula.

Contenido / Evidencia:

Coloque suavemente la férula sobre la articulación por encima de la lesión, y la articulación debajo de él. Asegure la férula, pero apriétela lo suficiente para mantener quieta la parte del cuerpo; NO corte la circulación de la persona. Puede usar hielo o una compresa fría para ayudar a aliviar el dolor.



INMOVILIZACIONES CON FÉRULAS DE YESO TEORIA.

DESARROLLO

La rodilla se flexiona ligeramente (15°) 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 (90°)

Medir la longitud de la pierna desde el muslo proximal he ir de manera distal hasta cubrir el metatarso en un ángulo de 90°

- a. Usar el lado contrario no lesionado si es necesario.
- b. Hacer una sola medición en la cara posterior desde la cabeza de los metatarsianos hasta la ingle.

Comenzar con la medida ya obtenida, con capas de la venda de guata un colchón de dos a tres rollos de esta, una vez echo levantar una capa de esta y ahí comenzar con el colchón de yeso que debe tener entre 12 y 16 capas de grosor.

- a. Usar agua ligeramente más fría
- b. Colgar las tiras de yeso de la camilla

Mojar en un recipiente con agua las vendas de yeso de una manera uniforme y con los dedos (índice y medio) escurrir restante agua.

Regresar las capas de venda de yeso ya húmedas a la almohadilla echa previamente con vendas de guata y poner la última capa de esta.

El colchón más grueso debe estar colocado proximal a la piel del paciente para evitar que el calor del yeso lo queme, una ves colocado comenzar a vendar con la venda elástica en forma circular hasta proteger toda la extremidad inmovilizada.

Comentado [H1]:

TECNICA BASICA DE LA INMOVILIZACIÓN CON FÉRULA DE YESO

1. Material:

- 2 Vendas elásticas de 15cm
- 2 Vendas de Guatas de 15cm
- 2 Vendas de Yesos de 15cm
- 1 Recipiente
- Agua

2. Preparación del miembro a inmovilizar:

Se retirarán las pulseras, anillos y otros enseres que pudiesen entorpecer el desarrollo de la técnica, y en previsión de la posible aparición de edema del miembro a inmovilizar.

3. Protección de la piel:

Vendaje tubular: Se realiza para evitar que el vello del miembro quede atrapado en el yeso, facilita la transpiración, elimina las asperezas de los extremos del yeso y puede facilitar la posterior retirada del mismo. El vendaje tubular se dobla sobre el yeso una vez aplicado éste.

Venda de algodón: Tras una lesión aguda, y si se prevé la aparición de una tumefacción intensa, se debe dejar espacio para el edema con una capa generosa de algodón, con lo que también se asegura la protección de las prominencias óseas.

4. Confección de la férula:

Para su confección se corta la férula a la longitud necesaria. A continuación se realizan dobleces repetidas de una venda de yeso utilizando 12-15 capas en un adulto y 6-8 en un niño.

Es aconsejable doblar hacia dentro el extremo final de la venda para que al mojarla no pierda alineación la capa superior. Por último se recorta para adaptarla a la extremidad sin doblarla.

5. Mojado de la venda de yeso:

Debemos sujetar la venda cuidadosamente por ambos extremos, sumergirla completamente en agua tibia, estirla y dejarla colgando un momento desde una esquina para eliminar el exceso de agua.

6. Consolidación de las capas de la férula:

Si la técnica es realizada por dos personas, una de ellas sujeta la venda de yeso por el extremo superior y la otra retira el exceso de agua utilizando ambas manos. Cuando es realizado por una persona, se sujeta la férula por un extremo y se estira hacia abajo entre dos dedos en aducción; repetir la maniobra desde el otro extremo. Con esto retiramos el exceso de agua y evitamos la separación de las capas.

7. Adaptación de la férula al miembro:

Se moldea el yeso cuidadosamente utilizando las palmas de las manos para que se ajuste exactamente al contorno del miembro, sin que se formen arrugas o pliegues en su superficie interior que puedan provocar lesiones por decúbito.

8. Fijación de la férula (vendaje):

Las vendas utilizadas para asegurar las férulas deben ser de trama abierta (algodón o muselina). Tenemos que aplicar el vendaje sobre el miembro firmemente pero sin demasiada presión, sin dar vueltas a la venda sobre sí misma, pues puede producir constricción local.

TIPOS DE FERULA

- Férula posterior de tobillo o suropédica: Las férulas del tobillo son dispositivos rígidos fijados al tobillo y se utilizan para mantener la estabilidad de la articulación del tobillo.

Las férulas de tobillo se utilizan en forma típica para las lesiones que se benefician con la inmovilización, pero no requieren yeso la mayoría de las férulas posteriores del tobillo no están diseñadas para soportar peso o para ser retiradas y reemplazadas (p. ej., para bañarse).



- Férula isquiomaleolar:

Es una férula larga de pierna que va desde los maleolos 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. (15°) excepto si existe lesión de rotula que ha de mantenerse en extensión completa.



- Férula isquiopédica:

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 (15°) 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 (90°).



- Férula palmar:

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 (30°). Es necesario recortarla a la altura del primero dedo.



- 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 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 movimiento 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

- McRae, R. TRATAMIENTO PRACTICO DE LAS FRACTURAS (tercera edición). Ed: McGRAWHILL* INTERAMERICANA. Madrid, 1998.
- Sánchez Martín, M. M^ª.; Abejón, A.A. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGIA ORTOPÉDICA (SEGUNDA PARTE). Ed: Universidad de Valladolid. Valladolid, 1993.
- Thompson R.S., Zlotolow D.A. (2013). MANUAL DE INMOVILIZACIONES Y VENDAJES EN TRAUMATOLOGÍA.