



Hellen Gissele Camposeco Pinto.

Dr. Jorge Arturo López Cadenas.

PASIÓN POR EDUCAR

Práctica

Medicina física y de rehabilitación

5“A”

Comitán de Domínguez Chiapas a 17 de marzo de 2024.

Práctica 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.
7. Quitar el exceso 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 óseas.
9. Vendar con la venda elástica usando el vendaje tipo circular.

INMOVILIZACIONES CON FÉRULAS DE YESO

TEORÍA.

DESARROLLO

Su utilidad va desde el manejo del dolor en lesiones leves osteomusculares hasta el control de la reducción de fracturas metafisarias, intraarticulares e incluso en algunas fracturas diafisarias estables que son susceptibles de tratamiento ortopédico no quirúrgico.

La decisión de manejo conservador o quirúrgico ante una fractura depende del tipo de lesión, la edad del paciente, condición física, estado mental y grado de morbilidad prefractura.

Existen tres principios para considerar el tratamiento con yeso en una fractura:

1. Estado de los tejidos blandos: Se refiere que al aplicar la presión en tres puntos, los tejidos blandos que rodean la zona de bisagra de la fractura mantienen cierta estabilidad de la fractura.
2. Presión en tres puntos: Al colocar el yeso, se debe mantener una presión en contra de las fuerzas deformantes de la fractura, para mantener la reducción dentro del yeso
3. Presión hidrostática: Los tejidos blandos y el hueso son tejidos no comprimibles. Al permanecer en un yeso cerrado, la presión hidrostática se convierte en rígida y mantiene así la reducción de la fractura

Férula cruropédica o inguinopédica.

Se coloca desde los dedos del pie hasta la ingle por la cara posterior. Se utiliza para lesiones de rodilla. Normalmente se colocará la férula con una ligera flexión de rodilla y con el pie a 90°; en caso de fractura de rótula se dejará la pierna en extensión.

Férula inguinomaleolar: Es una férula similar a la anterior pero que 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.

Indicaciones

- Fracturas
- Esguinces
- Lesiones graves de tejidos blandos
- Enfermedades inflamatorias
- Artritis
- Tendinitis
- Tenosinovitis

Complicaciones

- Infección
- Isquemia
- Trombosis venosa profunda
- Dermatitis
- Úlceras de presión y heridas
- Lesiones térmicas
- Atrofia muscular

Recomendaciones para los pacientes

- Mantener extremidad elevada y mover frecuentemente dedos de 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.

TÉCNICA BÁSICA DE LA INMOVILIZACIÓN CON FÉRULA DE YESO

1. Material:

2. Venda tubular
3. Venda de algodón
4. Venda de yeso
5. Venda de Crepé o de Ace
6. Esparadrapo
7. Guantes
8. Tijeras
9. Cubeta de agua templada.

2. Preparación del miembro al inmovilizar: Retiro de tobilleras y realizar curación de heridas.

3. Protección de la piel:

- Vendaje tubular: se realiza para evitar que el vello se quede atrapado en el yeso, facilitar la transpiración y eliminar las asperezas de los extremos del yeso.
- Vendaje de algodón: si estamos ante una lesión aguda y se prevé aparición de edema, hay que dejar espacio con una generosa capa de algodón.

4.Confección de la férula: Se corta la férula a la longitud necesaria. Después se realizan dobleces repetidas de una venda de yeso utilizando entre 12 y 15 capas para un adulto y de 6 a 8 capas para un niño. Por último, se recorta para adaptarla a la extremidad.

5.Mojado de la venda de yeso: Se sujeta la venda con cuidado por los extremos, se sumerge en agua templada, se estira y se deja colgando un momento desde una esquina para eliminar el agua sobrante.

6.Consolidación de las capas:

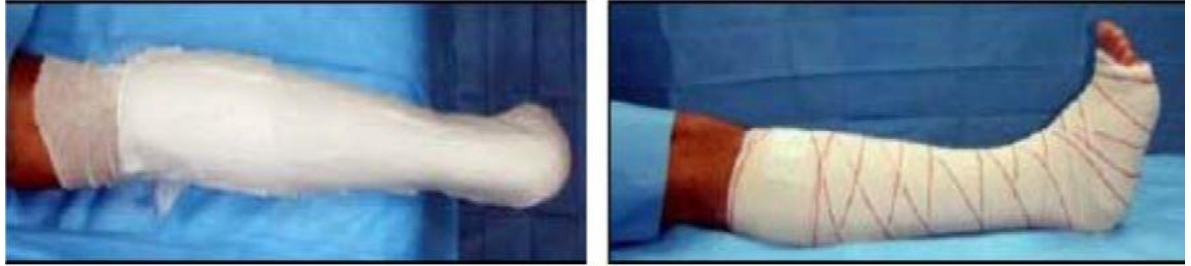
- Para el miembro inferior se puede utilizar 12 a 14 capas de venda huata. -
- Yeso -
- Venda elástica

7.Adaptación de la férula al miembro: En este paso se moldea el yeso con las palmas de las manos para ajustarlo con cuidado al miembro, evitando arrugas o pliegues.

8.Fijación de la férula: Por último, tiene lugar el vendaje o fijación de la férula, para lo que se utilizan vendas de algodón o muselina. El vendaje se aplica sobre el miembro con firmeza, pero sin hacer demasiada presión y sin dar vueltas a la venda sobre sí misma para evitar constricción local.

TIPOS DE FÉRULA

- **Férula posterior de tobillo o suropédica:** 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. Para el pie, donde los dedos requieren inmovilización, tomar como punto distal la punta de los mismos. Debido al cambio brusco de dirección de la férula de tobillo (90°), ésta debe recortarse a ambos lados para poder alisarla, doblando un extremo sobre otro.



- **Férula isquiomaleolar:** También llamada inguino-maleolar. Es una férula 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. (15°) excepto si existe lesión de rótula que ha de mantenerse en extensión completa.



- **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 (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 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 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°)



CITAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

Tipos de inmovilización. (2022). Centro de Estudios Profesionales Santa Gema.