



Alexa Avendaño Trujillo

Dr. Jorge Arturo López Cadenas

Medicina física y de rehabilitación

PASIÓN POR EDUCAR

5 “A”

Práctica de yeso

Comitán de Domínguez Chiapas a 17 marzo del 2024

Practica aplicación de yeso

Contenido / Evidencia:



INMOVILIZACIONES CON FÉRULAS DE YESO TEORIA.

DESARROLLO

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.

Posición de inmovilización

1. A menos que esté contraindicado, toda articulación debe inmovilizarse en la posición adecuada para conservar la movilidad articular después de retirar el yeso o la férula.
2. Posiciones específicas:
 - Hombro de aducción y rotación interna
 - Codo en flexión de 90°
 - Muñeca en extensión de 30°
 - Pulgar a medio camino entre abducción radial y palmar máxima
 - Mano de articulaciones metacarpofalángicas al menos en 70° de flexión y articulaciones interfalángicas en extensión

Indicaciones

Un yeso sostiene un hueso roto en su lugar mientras se consolida. Los yesos también ayudan a prevenir o disminuir las contracturas musculares, y son eficaces para inmovilizar, especialmente después de una cirugía.

1. Fractura humeral supracondileas infantiles
2. Fractura de antebrazo infantiles
3. Fractura radiales distales inestables infantiles
4. Fracturas radiales distales del adulto
5. Fracturas del antebrazo del adulto

La lesión causada por la lesión puede producir presión en la férula o el yeso durante las primeras 48 a 72 horas. Esto puede hacer que sienta que el brazo lesionado está apretado o ajustado dentro de la férula o el yeso. Si tiene una férula, su médico le mostrará cómo ajustarla para dar lugar a la inflamación.

Precauciones

1. **Mantenga seco su férula o yeso.** La humedad debilita el yeso y, si se humedece la almohadilla que está sobre la piel, puede causar irritación.
2. **Yesos para caminar.** No camine con un yeso de caminar hasta que esté completamente seco y firme. Aproximadamente, tarde una hora que la fibra de vidrio se endurezca lo suficiente para caminar, y el yeso puede tardar de dos a tres días.
3. **Evite la suciedad.** Mantenga su férula o yeso alejados de la tierra, la arena y el polvo.
4. **Almohadilla protectora.** No retire la almohadilla de su férula o yeso.
5. **Picazón.** No inserte objetos, como perchas, dentro de la férula o yeso para rascar la piel con picazón. No aplique talcos ni desodorantes en la piel con picazón.
6. **Inspeccione la piel cercana al yeso.** Si la piel se enrojece o está en carne viva cerca del yeso, comuníquese con su médico.
7. **Inspeccione el yeso de manera regular.** Si se quiebra o se forman sectores blandos, comuníquese con el consultorio de su médico.

TECNICA BASICA DE LA INMOVILIZACIÓN CON FÉRULA DE YESO

1. **Material:**

- 2 vendas de huatas 10 cm
- 2 vendas de yesos 10 cm
- 1 venda clásicas 10 cm

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

- Se retira todo aquello que pueda entorpecer la técnica como pulseras o anillos. En este punto, se realiza una cura de las lesiones, si las hay.

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 de la férula:**

- Si hay dos personas realizando la técnica una de ellas sujeta la venda de yeso por el extremo superior y la otra retira el exceso de agua con las manos. Cuando interviene una sola persona, se sujeta la férula por un extremo y se estira hacia abajo entre dos dedos en aducción para retirar el exceso de agua.

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 (vendaje):**

- En este paso 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 FERULA

1. 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.

- Lesiones (p. ej., fracturas abiertas o inestables, luxación) que requieren intervención quirúrgica inmediata (para inmovilización temporal)
- Fracturas estables (p. ej., con desplazamiento mínimo) de la tibia distal y/o el peroné (p. ej., fracturas con desplazamiento mínimo de la tibia distal y/o el peroné)
- Esguinces de tobillo que no deben soportar peso
- Reducción de las luxaciones del tobillo
- Fracturas seleccionadas del pie

2. Férula isquiomaleolar:

También llamada inguino-maleolar. 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.

3. 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.

- Posicionar desde la articulación distal de los tarsos hasta 5 cm del pliegue del glúteo.
- Colocar la articulación del tobillo a 90° y la rodilla en ligera flexión (15-20°).
- Dejar el movimiento libre de los dedos del pie si fuera posible.
- Realizar vendaje elástico de sujeción y mantener la posición hasta notarla rígida.

4. Férula palmar:

Se aplica una férula volar para inmovilizar la muñeca y la mano.

- Fractura aislada del radio distal
- Fracturas del hueso del carpo que no requieren una férula en espiga del pulgar (piramidal, ganchoso, pisiforme, trapecio)
- Esguinces de muñeca graves
- Inmovilización para lesiones de tejidos blandos de la mano o la muñeca (p. ej., celulitis)

5. Férula dorsal:

Se usan férulas para todo el brazo en ciertas lesiones que requieren inmovilización del codo. Limitan la flexión y la extensión del codo, pero no son adecuadas para evitar la supinación o la pronación del antebrazo.

- Fractura distal del húmero
- Fractura del olécranon
- Fracturas de la porción proximal del radio y el cúbito

- Luxación del codo (después de la reducción)

6. 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 recorta para permitir esto.

7. 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.

8. Férula cubital incluyendo cuarto y quinto 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.

9. 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

- Theoms. (2022, 19 septiembre). Técnicas básicas de inmovilización y tipos. Centro de Estudios Santa Gema.
- Thompson S. R. (2013), MANUAL DE INMOVILIZACIONES Y VENDAJES TRAUMATOLOGIA. Elsevier España, S.L
- McCue, J. Y. (2023, 15 noviembre). Cómo aplicar una férula en la cara posterior del tobillo. Manual MSD Versión Para Profesionales.
- AnaKpot. (s. f.). INMOVILIZACIONES.
- Lewis, M. (2023, 15 noviembre). Cómo aplicar una férula para la cara palmar (volar) del brazo.