

TÉCNICAS DE ENFERMERÍA: INMOVILIZACIONES CON FÉRULA DE YESO

Andrés de Prada Marty, M. Carmen Blázquez Rodríguez, Lorena Domínguez Pérez, Beatriz Chozas García, Eva Leal de Pedro, Alberto Sánchez Juan

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

RESUMEN

Se pretende hacer una guía visual y de fácil manejo para proporcionar a los profesionales de enfermería un documento que facilite el trabajo diario en el área de traumatología. En ella pueden encontrarse las pautas a seguir para la adecuada realización de las técnicas de inmovilización con férulas de yesos.

Con esto, queremos mejorar la calidad de los cuidados de enfermería prestados en el Servicio de Urgencias de la Residencia General, mas concretamente en el área de traumatología.

PALABRAS CLAVE: Férula, Yeso, Inmovilizaciones, Guía práctica, Técnicas, Cuidados de enfermería.

INTRODUCCIÓN

El servicio de urgencias general del hospital 12 de Octubre cuenta actualmente con una amplia plantilla de enfermeras, lo que supone una continua incorporación de profesionales, muchos de los cuales se enfrentan por primera vez a las técnicas específicas del área de traumatología.

Es por esto que surge la necesidad de realizar una guía práctica para facilitar el trabajo diario y asegurar la calidad de los cuidados. Mediante la observación directa hemos llegado a la conclusión de que una de las técnicas en las que el profesional encuentra más dificultades es en las inmovilizaciones con férulas de yesos.

OBJETIVOS

General:

Proporcionar a los profesionales de enfermería un documento que facilite el trabajo diario en el área de traumatología.

Específicos:

- Facilitar la integración del personal de nueva incorporación al equipo de trabajo del área de traumatología.
- Constatar un aumento de la calidad de los cuidados en los pacientes que precisan una inmovilización con férulas de yeso.
- Objetivar una evolución favorable de los pacientes que precisen este tipo de inmovilización.

TEXTO LIBRE

DESARROLLO

Las férulas de yeso consisten en varias capas de venda de yeso y se utilizan para tratar lesiones menores o cuando se prevé un edema potencialmente intenso en una fractura. Las férulas se usan también como base o refuerzo para los yesos cerrados.

TÉCNICA BÁSICA DE LA INMOVILIZACIÓN CON FÉRULA DE YESO

1. Material:

- (1) Venda tubular
- (2) Venda de algodón
- (3) Venda de yeso
- (4) Venda de Crepé o de Ace
- (5) Esparadrapo
- (6) Guantes
- (7) Tijeras
- (8) Cubeta de agua tibia



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.

Se realizara la cura de las lesiones, si existiesen, en la zona afectada con agua y jabón o Suero fisiológico, aplicar desinfectante y cubrir la lesión con un apósito poroso.

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 la 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. (Figura 7a). 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. (Figura 7b).



Figura 7a



Figura 7b

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 FÉRULA

Férula posterior de tobillo: 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. Véase técnica básica. (Figuras 8 y 9).

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 rótula que ha de mantenerse en extensión completa. (Figuras 10 y 11).



Figura 10



Figura 11

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°). (Figura 12 y 13).



Figura 12



Figura 13

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. (Figura 14 y 15).



Figura 14



Figura 15

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. (Figura 16 y 17).



Figura 16



Figura 17

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. (Figura 18 y 19).



Figura 18



Figura 19

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. (Figura 20 y 21).



Figura 20



Figura 21

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. (Figura 22 y 23).



Figura 22



Figura 23

Férula braquio-antebraquial: medir desde el extremo superior del brazo hasta las cabezas de los metacarpios, 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°). (Figura 24 y 25).



Figura 24



Figura 25

CONCLUSIONES

Una guía práctica, visual y de fácil manejo, como la realizada, facilita el trabajo diario, sobre todo al personal de nueva incorporación. También pretende aumentar la eficiencia, ya que una buena praxis reduce la probabilidad de la aparición de complicaciones con lo que se evitan costes innecesarios. Además aumentamos la satisfacción del usuario al mejorar los cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

- McRae, R. TRATAMIENTO PRACTICO DE LAS FRACTURAS (tercera edición). Ed: McGRAWHILL* INTERAMERICANA. Madrid, 1998.
- Iversen, L. D.; Swiontkowski, M. F. MANUAL DE URGENCIAS EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA. Ed: MASSON-Little, Brown. Barcelona, 1996.

- Sánchez Martín, M. M^a.; Abejón, A.A. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGIA ORTOPÉDICA (SEGUNDA PARTE). Ed: Universidad de Valladolid. Valladolid, 1993.
- Barsotti, J.; Dujardin, C. GUIA PRATICA DE TRAUMATOLOGIA. Ed: MASSON. Madrid, 1998.