

2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA

289626

M A N U A L

“MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DE LA CONSULTA EXTERNA DE ORTOPEDIA
DE LA UNIDAD DE ESPECIALIDADES MEDICAS”

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :
LUCIA DELIA AGUIRRE MORALES

No. Cta. 9562337-5

MÉXICO, D. F., ENERO 2001.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA

MANUAL

“MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DE LA CONSULTA EXTERNA DE ORTOPEDIA
DE LA UNIDAD DE ESPECIALIDADES MEDICAS”

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



P R E S E N T A :
LUCIA DELIA AGUIRRE MORALES

No. Cta. 9562337-5

Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social

DIRECTOR DEL TRABAJO
L.E.O. MARIA DE LOS ANGELES GARCIA ALBARRAN

MÉXICO, D. F., ENERO 2001.

INDICE

Créditos

Agradecimientos

Oficio de Autorización

Justificación

Objetivos del manual

1. Marco Teórico	págs.
1.1. Antecedentes Históricos.	1
1.2. Metodología de un Manual	3
2. Bases Legales	8
3. Estructura Orgánica	
3.1. Justificación.	11
3.2. Objetivo	11
3.3. Organigrama de la Unidad de Especialidades Médicas	12
3.4. Organización y funcionamiento de la Subsección de Ortopedia.	13
3.5. Organigrama de la Subsección de Ortopedia	15
3.6 Descripción de Puestos de la Subsección de Ortopedia	16
3.6.1. Jefe de la Subsección de Ortopedia	16
3.6.2. Mesa de Recepción y Canalización de Pacientes	18
3.6.3. Mesa de Asistencia Médica	22
3.6.4. Mesa de Yesos y Curaciones	23
3.6.5. Mesa de Control de Citas	25
4. Procedimientos Técnicos.	
4.1. Justificación.	26
4.2. Objetivos.	26
4.3. Procedimientos Técnicos.	
4.3.1. Ablación.	27
4.3.2. Aplicación de Férula.	31

4.3.3.	Aplicación de Vendajes Elásticos.	37
4.3.4.	Aplicación de Aparatos de Yeso.	49
4.3.5.	Curación y Retiro de Puntos.	68
4.3.6.	Infiltraciones Articulares.	73
4.3.7.	Resección de Quiste Sinovial.	78
4.3.8.	Retiro de Aparato de Yeso.	81
5.	Bibliografía.	89
	Firmas.	90

CRÉDITOS

General Brigadier Médico Cirujano

CARLOS RIVERA RESENDIZ

Director de la Unidad de Especialidades Médicas

Médico Militar, egresado de la Escuela Militar de Graduados de Sanidad con la Subespecialidad de Ortopedia y Traumatología.

Teniente Coronel de Sanidad

PEDRO VAZQUEZ MORALES

Jefe de la Sección Administrativa de la Unidad de Especialidades Médicas

Mayor Enfermera

ANABELL ESTRADA BERNAL

Jefe de Enseñanza e Investigación de la Unidad de Especialidades Médicas.

Graduada en Administración de los Servicios de Enfermería. E. M. G. S.

CRÉDITOS

General Brigadier Médico Cirujano

CARLOS RIVERA RESENDIZ

Director de la Unidad de Especialidades Médicas

Médico Militar, egresado de la Escuela Militar de Graduados de Sanidad con la Subespecialidad de Ortopedia y Traumatología.

Teniente Coronel de Sanidad

PEDRO VAZQUEZ MORALES

Jefe de la Sección Administrativa de la Unidad de Especialidades Médicas

Egresado de la Escuela Militar de Oficiales de Sanidad.

Mayor Enfermera

ANABELL ESTRADA BERNAL

Jefe de Enseñanza e Investigación de la Unidad de Especialidades Médicas.

Egresada de la Escuela Militar de Enfermeras.

Graduada en Administración de los Servicios de Enfermería. E. M. G. S.

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES

Porque gracias a su amor, apoyo y sabio consejo he logrado escalar un peldaño más en mi vida profesional, ofreciéndomelo como la más valiosa herencia.

A MI HIJO LEONEL ALEJANDRO

Quien es mi inspiración y me da fuerzas para seguirme superando y a quien espero dejarle también esta gran y única herencia, el deseo de superación.

A CARLOS

Por todo el tiempo que me ha brindado, por su apoyo y comprensión acompañándome durante largas noches de desvelo.

A PEDRO

Que todo este tiempo me ha dado su apoyo incondicional y desinteresado, asesorándome para la realización de este trabajo.

A TODO EL PERSONAL DE LA CONSULTA EXTERNA DE ORTOPEDIA

Con todo mi cariño.



SECRETARIA
DE LA
FENSA NACIONAL
UNIDAD DE
SPECIALIDADES
MEDICAS

DEPENDENCIA.....UNIDAD DE
....ESPECIALIDADES MEDICAS
....ENSEÑANZA E INVESTIGACION
MESA :.....TRAMITE.....
NUMERO DEL OFICIO :ENS-007
EXPEDIENTE :

ASUNTO:-Se hace de su conocimiento lo que se indica.

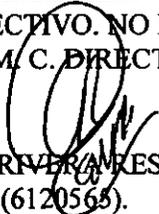
Lomas de San Isidro, Nauc. Edo. Méx., a 10 de enero del
2001.

C. Licenciada en Enfría. y Obs.
MARIA DE LOS ANGELES GARCIA ALBARRÁN
Coord. del SUA, ENEO, UNAM.
P r e s e n t e .

Esta Dirección a mi cargo HACE CONSTAR, que con fecha 19 de septiembre del año próximo pasado, se autorizó a la Ciudadana Capitán Segundo Enfermera LUCIA DELIA AGUIRRE MORALES (A-10016672), la elaboración del "MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA CONSULTA EXTERNA DE ORTOPEDIA DE LA UNIDAD DE ESPECIALIDADES MEDICAS", mismo que fue revisado en la Jefatura de Enseñanza e Investigación de esta Unidad, cubriendo los requisitos exigidos, no existiendo inconveniente para su implementación.

Lo que se hace de su conocimiento, para los efectos administrativos que procedan de la interesada

Atentamente.
SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCION
EL GENERAL BRIG. M. C. DIRECTOR DE LA U. E. M.


CARLOS RIVERA RESENDIZ.
(6120565).

PARA SU CONOCIMIENTO

- c. c. p. la C. Tte. Cor. Enfra. JEFE DE ENFRAS. DE LA U.E.M.- Presente.
- c. c. p. la C. Mayor Enfra. JEFE DE J. ENS. E INV. U.E.M.- Presente.

CRR/áfb.

JUSTIFICACION

La Unidad de Especialidades Médicas, como órgano importante del Servicio de Sanidad cuya atención específica se brinda a los militares retirados, en el activo y a sus derechohabientes obliga a una constante revisión de instrumentos administrativos derivados de su manual de organización y funcionamiento, haciendo necesaria la elaboración e implementación de manuales que guíen las actividades del personal que labora en las diferentes especialidades de la Unidad antes mencionada. Por lo que se hace necesario la elaboración del presente trabajo especificando las funciones y procedimientos técnicos y administrativos del personal de enfermería perteneciente a la Consulta Externa de Ortopedia.

OBJETIVOS DEL MANUAL

- * Contar con un instrumento técnico administrativo, que permita unificar criterios de trabajo en una forma sistematizada para el personal de Enfermería que labora en la Consulta Externa de Ortopedia, al proporcionar atención a pacientes con padecimientos osteomusculares.
- * Eficientar la atención de los pacientes que asisten a la Consulta Externa de Ortopedia a través de un proceso de recepción y seguimiento del paciente externo, normando la conducta del personal durante su interacción con el mismo.
- * Facilitar la integración del personal de nuevo ingreso al servicio y su pronta adaptación.
- * Incrementar los índices de productividad del personal que integra el servicio de la Consulta Externa de Ortopedia.

1. MARCO TEORICO.

1.1. ANTECEDENTES HISTORICOS.

Desde pasadas administraciones, el sector público ha venido realizando un significativo esfuerzo con fines de optimizar su organización, tanto del Sistema Nacional de Planeación Democrática consagrado en el artículo 26 de nuestra Constitución Política y los Planes Nacionales de Desarrollo que de él han surgido, contemplando el concepto de modernización conlleva: una administración, una organización y un funcionamiento de acuerdo a las reglas modernas de la ciencia administrativa.

El Hospital Central Militar en los últimos 50 años, ha sido el pilar fundamental de la Atención Médica que se otorga a los elementos del Ejército, Fuerza Aérea y Armada Nacionales; en situaciones de activo y retiro así como a sus derechohabientes. El crecimiento del Instituto Armado ha provocado una saturación de los servicios de asistencia externa tanto general como de especialidad repercutiendo seriamente en la oportunidad de la atención.

El Alto Mando del Ejército y Fuerza Aérea, ordenó al Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, proponer alternativas para solucionar el problema de congestión de la asistencia externa e iniciar el desarrollo de su propio "Sistema de Atención a la Salud" de la población antes mencionada.

Posteriormente en diciembre de 1994, con el objeto de mejorar la calidad de atención en el servicio, el Alto Mando autoriza al Instituto antes mencionado para llevar a cabo la planeación y puesta en marcha del proyecto "Unidades de Especialidades" aceptándose la ubicación geográfica en el predio anexo a la Dirección General de Fábricas de la Secretaría de la Defensa Nacional. Determinada la ubicación se hizo un análisis con base en estudios de los servicios con mayor demanda en el Hospital Central Militar, siendo éstos: Medicina General, Ortopedia, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Dermatología, Geriátrica Medicina Preventiva y los servicios de apoyo de Gabinete y Laboratorio Clínico, así

como todas las Especialidades de Odontología, a fin de desahogar en forma importante la afluencia de pacientes externos del Hospital Central Militar. Derivado de la gran demanda de los servicios se obtiene en 1997: la creación de la **Unidad de Especialidades Médicas y Unidad de Especialidades Odontológicas** estableciendo como **Misión:** Proporcionar Atención Médica Externa de calidad y alta especialidad a los elementos del Ejército, Fuerza Aérea y Armada Nacionales; en situaciones de retiro y activo así como a sus derechohabientes.

La Unidad de Especialidades Médicas cuenta entre sus especialidades con la **Subsección de Ortopedia**, un servicio que forma parte de la consulta externa y es el Órgano Técnico-Operativo responsable de que se proporcione Atención Médica Ortopédica al paciente, en forma oportuna y con sentido humanitario.

En pro de dar cumplimiento a la Misión antes mencionada; con la elaboración del presente manual se persigue plasmar en un documento sencillo y comprensible las funciones y procedimientos técnicos y administrativos que competen al personal de enfermería de la mencionada Subsección para obtener la excelencia en la Atención de Salud para el personal de las Fuerzas Armadas y sus derechohabientes.

1.2. METODOLOGÍA DE UN MANUAL

1.2.1. Definición.

Un manual es la concentración sistemática de los elementos administrativos propuestos para alcanzar un objetivo: se presentan éstos en un folleto o libro fácil de manejar.

1.2.2. Función.

Orientar y unificar la conducta del personal.

1.2.3. Objetivos del Manual

1.2.3.1. Precisar funciones.

1.2.3.2. Unificar criterios.

1.2.3.3. Simplificar el trabajo.

1.2.3.4. Orientar la selección del personal.

1.2.3.5. Establecer rutinas de trabajo.

1.2.3.6. Permitir el mejor aprovechamiento de los recursos.

1.2.3.7. Facilitar la adaptación del personal de nuevo ingreso.

1.2.3.8. Funcionar como medio de comunicación.

1.2.3.9. Servir como instrumento de control.

1.2.4. Elaboración.

Para ésta, se integra una comisión con directivos, personal de nivel operativo y el especializado en el área de que se trate.

La elaboración de un Manual en Hospitales, se puede dividir en las siguientes fases: de investigación, analítica, descriptiva del procedimiento y de discusión y aprobación.

1.2.4.1. **Fase de investigación.** Comprende el estudio completo de un servicio o una sección de trabajo, en la elaboración directa del que propone el estudio, conjuntamente con el que supervisa y el que lo ejecuta. Se registra dicha información en una secuencia

cronológica apuntando las observaciones, los tropiezos, fallas y aciertos en el desarrollo de cada actividad. Es conveniente considerar las observaciones y sugerencias que hagan todas las personas relacionadas con el procedimiento, ya sea en forma directa o indirecta.

1.2.4.2. **Fase analítica.** En esta fase se realiza teóricamente a nivel de gabinete y consiste en el enjuiciamiento de la metodología observada, se busca la mayor simplificación posible, mecanización y coordinación, lográndose básicamente con un criterio de centralización y estandarización de procedimientos.

1.2.4.3. **Fase descriptiva del procedimiento.** Aquí se aplican de manera detallada las diferentes actividades o acciones por desarrollar en la sección correspondiente, contestando en forma clara, precisa y ordenada a las siguientes preguntas.

1.2.4.3 1. ¿Qué se hace?

1.2.4.3 1. ¿Cuándo se hace?

1.2.4.3 1. ¿Cómo se hace?

1.2.4.3 1. ¿En dónde se hace?

La descripción será de tipo narrativo; especificando además de lo anotado el objetivo que se persigue, la política que se adoptará y las personas que lo realizarán, y por último:

1.2.4.4. **Fase de discusión y aprobación.** En esta fase del manual, una vez elaborado, se somete a la aprobación de los responsables directos, previa discusión del mismo, por todas las personas relacionadas con los objetivos señalados en el procedimiento. Así una vez aprobado, se edita y se distribuye a los trabajadores.

1.2.5. Clasificación del Manual

Por su *área de aplicación*, los manuales se clasifican en *macroadministrativos y microadministrativos*. Por su *contenido*, en manuales de *organización, de procedimientos y múltiples*.

1.2.5.1. Manuales de organización. Estos contienen los elementos administrativos referentes a funcionamiento y se dividen en:

1.2.5.1.1. Manual de objetivos.

1.2.5.1.2. Manual de programas.

1.2.5.1.3. Manual de políticas.

1.2.5.1.4. Manual de organigramas.

1.2.5.1.5. Manual de descripción de puestos.

1.2.5.1.6. Manual de reglamentos.

1.2.5.1.7. Un **manual de organización** debe contener e integrarse por los siguientes aspectos:

- Datos generales.
- Contenido (por capítulos).
- Introducción.
- Directorio (principales funcionarios).
- Antecedentes históricos de la institución.
- Base legal.
- Estructura y organización.
- Organigramas.
- Descripción de puestos.
- Bibliografía.

Se cuidará que los manuales se elaboren en hojas que puedan cambiarse fácilmente cuando sea necesario hacer correcciones, a fin de que sean vigentes durante el mayor tiempo posible. Deben ser revisados en forma periódica y actualizados.

1.2.5.2. Los *Manuales de Procedimientos*. Describen por áreas operativas los procedimientos administrativos, enumerando las operaciones de que se componen en orden cronológico, precisando en que consiste cada operación, quién y cómo debe ejecutarla, cuando y dónde debe ejecutarse; a fin de lograr la mejor ejecución del trabajo, obtener uniformidad y asegurar la coordinación entre los distintos departamentos de la Unidad.

1.2.5.2.1. Para su elaboración es necesario establecer los siguientes aspectos:

- Datos generales.
- Contenido.
- Introducción.
- Procedimientos.
 - Objetivos de procedimiento.
 - Áreas de aplicación.
 - Descripción (por pasos y narrativa)
 - Gráficas.
- Bibliografía.

Es conveniente señalar que todos los manuales de procedimientos están sujetos a frecuentes modificaciones, por lo que es conveniente establecer un calendario de revisiones con el fin de mantenerlos actualizados.

1.2.5.3. El *Manual múltiple*. Contiene aspectos relativos al funcionamiento de la organización y al mismo tiempo, aborda procedimientos generales.

Para su elaboración, debe seguirse el orden que se da a los manuales de organización. Un ejemplo de manuales múltiples son los manuales de bienvenida, que contienen aspectos de

2. BASES LEGALES.

2.1. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

“ART. 4.- Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general”.

“ART. 123.- Apartado B, fracción II, inciso d.- los familiares de los trabajadores tendrán derecho de asistencia médica y medicinas, en los casos de la proporción que determine la ley”

2.2. LEY ORGANICA DEL EJERCITO Y FUERZA AEREA.

“ART. 90.-El Servicio de Sanidad tendrá a su cargo la Prevención y Profilaxis de las enfermedades de los miembros del Ejército y Fuerza Aérea; la pronta recuperación de los efectivos de dichas fuerzas armadas y en su caso la atención Médico-Quirúrgica integral de los militares en activo y en retiro y de sus derechohabientes, en los términos que señalen las leyes relativas de la Seguridad Social para los miembros de las Fuerzas Armadas. Además realizarán las actividades siguientes:

- 1.- Seleccionar y clasificar al personal militar desde los puntos de vista físico y psicológico.
- 2.- Conservar la salud del mismo personal mediante el control sanitario, la prevención de enfermedades y la atención Médica, Quirúrgica y Odontológica”.

2.3. LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL PARA LAS FUERZAS ARMADAS MEXICANAS.

“ART. 1 - Se crea con carácter de organismo público descentralizado federal, con personalidad jurídica y patrimonio propio, teniendo como funciones otorgar prestaciones y administrar los servicios a su cargo”.

“ART. 16.- Las prestaciones que se otorgarán con arreglo a esta Ley, son las siguientes:

1. Servicio Médico Integral.
2. Servicio Médico Subrogado y de Farmacias Económicas”.

“ART. 152.- La atención Médico-Quirúrgica es el sistema por el cual se trata de conservar la salud de las personas, entendiéndose por este concepto no solo la ausencia de enfermedad, sino también el bienestar físico y mental.

La atención Médico - Quirúrgica a los militares con haber de retiro y a los familiares de los militares que perciban haberes y haber de retiro, se prestará por el Instituto en sus propias instalaciones o como servicio subrogado, con base en la aportación del Gobierno Federal. especificada en el ART. 229 de ésta Ley”.

“ART. 164.- Se faculta al Instituto para celebrar convenios con la Secretaría de la Defensa Nacional y Marina, así como los Institutos de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y Mexicano del Seguro Social a efecto de prestar el Servicio Médico Subrogado, que comprenderá: Asistencia Médico-Quirúrgica, Obstétrica, Farmacéutica y Hospitalaria, así como los aparatos de prótesis y ortopedia que sean necesarios”.

2.4. LEY GENERAL DE SALUD.

“En su Título Segundo. Establece que el Sistema Nacional de Salud está constituido por las Dependencias y Entidades de la Administración Pública tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social o privado que presten servicios de salud así como los mecanismos de coordinación de acciones teniendo por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de salud”.

2.5. REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL.

“ART.38.- Corresponde a la Dirección General de Sanidad.

- 1.-Expedir Certificados de Salud, así como Dictámenes Periciales.
- 2.-Promover la salud y prevenir las enfermedades mediante acciones de Salud Pública.

- 3.-Establecer procedimientos para la selección y clasificación para el personal del Ejército y Fuerza Aérea desde el punto de vista médico y mental.
- 4.-Mantener y fortalecer la salud mental del personal del Ejército y Fuerza aérea.
- 5.-Proponer acciones de asistencia social en asuntos de su competencia.
- 6.-Promover actividades relacionadas con la educación para la salud.
- 7.-Proponer programas tendientes a evitar y combatir la contaminación ambiental”.

3. ESTRUCTURA ORGANICA.

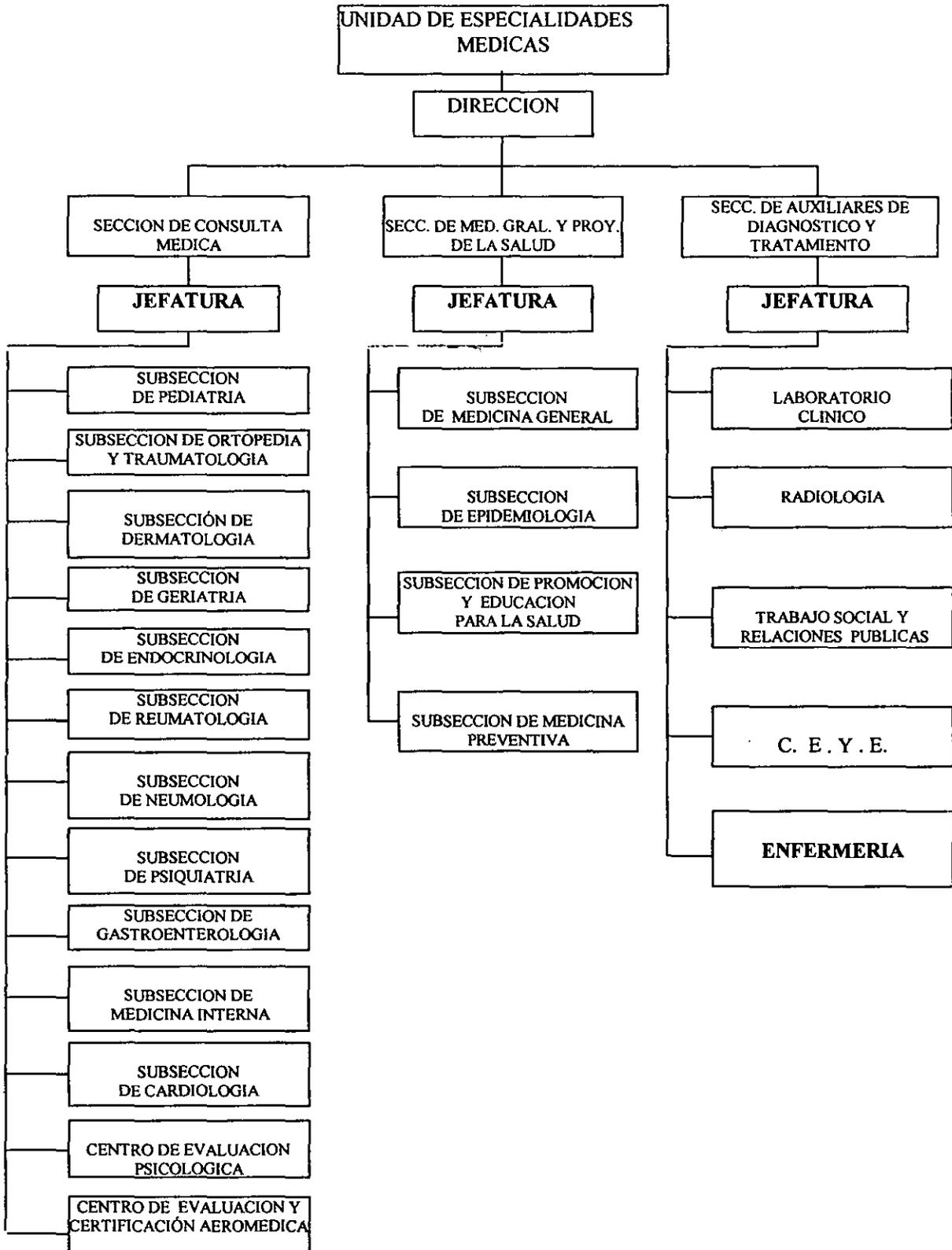
3.1. JUSTIFICACION.

El logro de los objetivos institucionales a través del esfuerzo coordinado del recurso humano y los medios con los que se cuenta, implican la creación de estructuras orgánicas adecuadas para enfrentar cierta problemática estableciéndose la unidad jerárquica. Encontrándose considerados: desde el nivel mas alto de mando hasta el ultimo elemento que lo integra. Es importante definir, que si en cualquier actividad la organización es fundamental para cumplir con los objetivos trazados, en una organización donde el producto es la salud del personal dicha organización deberá de estar perfectamente definida con sus funciones y atribuciones correspondientes.

3.2. OBJETIVO.

La Unidad de Especialidades Médicas proporciona atención de consulta externa y tiene como objetivo brindar atención profesional de elevada calidad, integral y humana, a los efectivos de las fuerzas armadas en retiro, activo y a sus derechohabientes; logrando mantener elevada la moral de los mismos.

3.3. ORGANIGRAMA DE LA UNIDAD DE ESPECIALIDADES MEDICAS.



3.4. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA SUBSECCION DE ORTOPEDIA.

3.4.1. NOMBRE DEL SERVICIO.

Subsección de Ortopedia.

3.4.2. DEPENDE DE:

La Sección de Consulta Médica.

3.4.3. UBICACIÓN.

Ocupa el primer piso del edificio.

3.4.4. PERSONAL QUE LO INTEGRA.

Personal profesional: 1 Oficial y

No profesional: 1 Oficial y 6 de Tropa mismos que se encuentran integrados en las mesas de trabajo.

3.4.5. CAPACIDAD.

Cuenta con 8 consultorios de asistencia médica; en los que, de los consultorios del 1 al 4 se atiende a los pacientes por Clínicas de Subespecialidad siendo éstas: Columna, Cadera, Medicina del Deporte (hombro, muñeca y tobillo), Ortopedia y Cirugía Pediátrica, Rodilla y Cirugía por Artroscopia y Oncología Osea. Estas subespecialidades pueden darse en los mismos consultorios ya que atienden uno o dos días a la semana alternados teniendo días fijos.

En los siguientes cuatro consultorios se ofrece Consulta Ortopédica General. Cuenta además con una Sala de Marcha y Postura, un Aula de Clases con capacidad para cien gentes sentadas, una Oficina de la Jefe del Servicio donde se controlan los equipos de pequeña cirugía y material diverso así como papelería, un Cuarto de Curaciones con cuatro anaqueles en los que se encuentra organizada la ropa de uso en ésta área y material de curación, dos anexos del Cuarto de Curaciones para la

aplicación y retiro de yesos y férulas, dos Sanitarios múltiples para uso de los pacientes masculinos y femeninos respectivamente, dos Sanitarios para el personal del servicio, cuatro escritorios con silla secretarial donde son atendidos los pacientes por el personal de las Mesas de Recepción y Control de Citas y un cuarto donde se maneja material séptico.

Todos los consultorios cuentan con: un escritorio y dos asientos donde atiende el médico y dos asientos donde se atiende al paciente, un vestidor de paciente, una mesa de exploración, uno o dos plantoscopios, un negatoscópico y un lavabo descansado sobre un mueble cada uno. Por ocupar la planta completa, la periferia del servicio tiene ventanales con vista panorámica y ventilación del exterior.

Los pacientes esperan la consulta sentados en bancas multiplaza con respaldo reclinable

Todo el servicio cuenta con macetas de ornato distribuidas convenientemente.

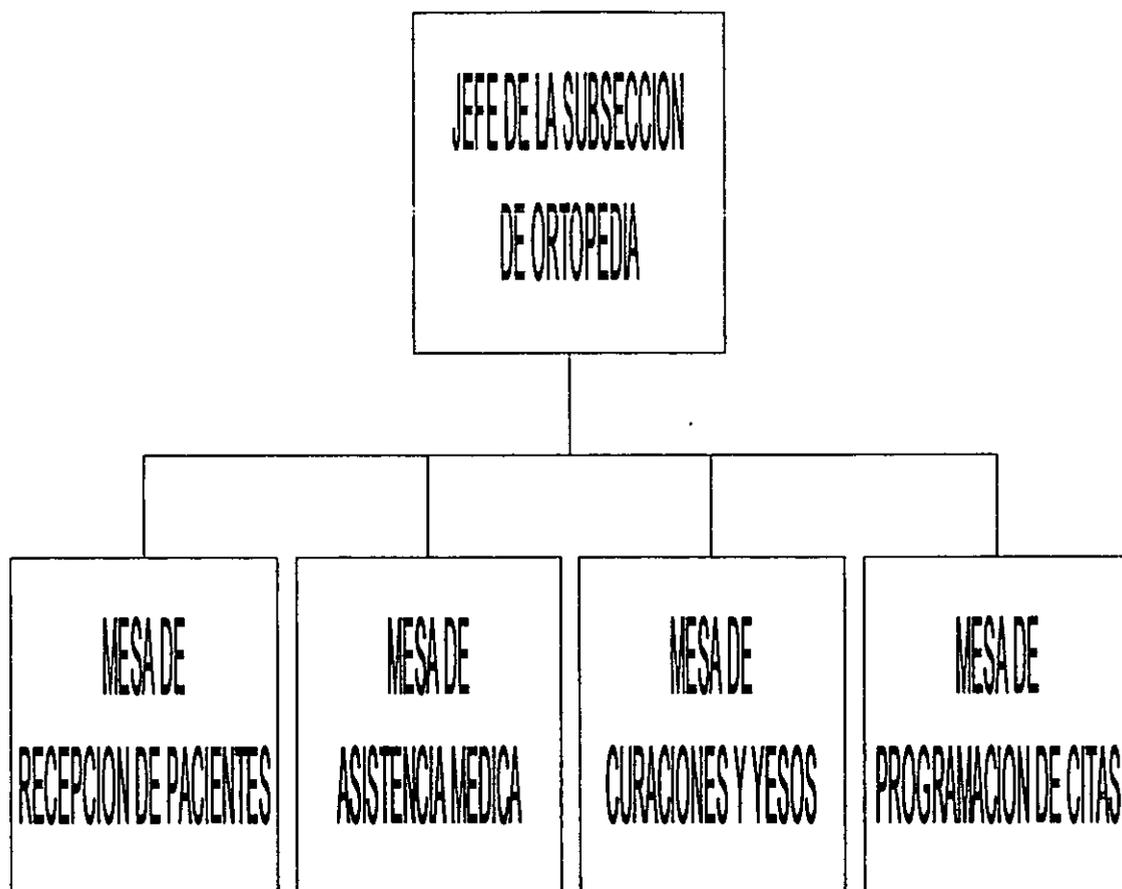
3.4.6. TIPO DE ATENCIÓN.

Por ser la única en su clase atiende primordialmente al personal militar en activo, retiro y a sus derechohabientes siendo éstos adultos, menores de edad, así como personal civil que lo solicite.

Se atienden en la consulta de Ortopedia General aproximadamente 16 pacientes por hora y en las Clínicas de Subespecialidad 12. Con un horario de trabajo de lunes a viernes de 0800 a 1600 horas y los días sábado de 0800 a 1300 horas, quedándose un médico de guardia hasta las 1600 horas, en un solo turno de trabajo.

Tomando en cuenta que es una unidad de primer nivel, la consulta que se ofrece es preventiva, curativa y de rehabilitación.

3.5. ORGANIGRAMA DE LA SUBSECCION DE ORTOPIEDIA.



3.6. DESCRIPCION DE PUESTOS DE LA SUBSECCION DE ORTOPEDIA.

La Subsección de Ortopedia es el Organismo Técnico – Operativo responsable de que se proporcione Atención Médica Ortopédica al paciente en forma oportuna y con sentido humanitario.

3.6.1. JEFE DE LA SUBSECCION DE ORTOPEDIA

Es el oficial responsable de que se brinde la asistencia médica a los pacientes que acudan al servicio, detectando necesidades en los mismos para que sean atendidos con oportunidad, asimismo:

- 3.6.1.1. Supervisará que la atención que se proporcione al paciente sea de calidad, oportuna y libre de riesgos, acorde con las necesidades y requerimientos de los pacientes.
- 3.6.1.2. Verificará que la atención proporcionada a los pacientes sea sin distinciones.
- 3.6.1.3. Evaluar la problemática y necesidades en la atención del paciente ortopédico; elaborando y presentando para su aprobación los planes y programas de atención médica.
- 3.6.1.4. Supervisará que el personal bajo su responsabilidad, cumpla con sus funciones en beneficio del paciente, del servicio y de la Institución.
- 3.6.1.5. Supervisará y evaluará que los programas de atención médica, medicina preventiva y rehabilitación se apliquen en forma oportuna y eficaz.
- 3.6.1.6. Supervisará y coordinará con la sección de enseñanza e investigación la elaboración y ejecución de los planes y programas de educación continua, capacitación y adiestramiento, eventos académicos, cursos y protocolos de investigación.
- 3.6.1.7. Fomentará y supervisará la participación docente del personal de la Subsección con las escuelas del servicio.

- 3.6.1.8. Propondrá los cambios necesarios para mantener actualizados los manuales de organización y funcionamiento y de procedimientos de la Subsección.
- 3.6.1.9. Remitirá con oportunidad el informe estadístico al archivo clínico.
- 3.6.1.10. Administrará los recursos humanos y materiales puestos bajo su mando.

3.6.2. MESA DE RECEPCION Y CANALIZACIÓN DE PACIENTES.

El personal de enfermería que integra esta mesa son los directamente responsables de proporcionar atención cálida y oportuna a los pacientes externos que acuden a la consulta médica verificando que el carnet se encuentre en forma oportuna en el consultorio o clínica asignada a fin de evitar retraso en su atención.

3.6.2.1. Respecto a las modalidades de atención de acuerdo al tipo de paciente se presentan los siguientes casos: por su procedencia.

3.6.2.1.1. ATENCIÓN DEL PACIENTE DERECHOHABIENTE.

- El personal de enfermería se dirigirá cálida y atentamente a los pacientes que acudan al servicio, recibirá de los mismos el carnet de citas, hoja de referencia o pase.
- Realizará una valoración del estado general del paciente.
- Verificará la vigencia de derechos y si estos no se encuentran actualizados le indicará el procedimiento a seguir.
- Verificará fecha, hora y médico tratante, a fin de que se le atienda con oportunidad.
- Anotará en el documento recibido la hora en que llega el paciente y el nombre del médico que le proporcionará la consulta.
- Registrará al paciente en el consultorio donde se encuentra su médico tratante.
- Indicará al paciente el número de consultorio al cual fue asignado y tiempo aproximado en el que será atendido.

- Le recordará al paciente que deberá llegar 30 minutos antes de la hora de su consulta.
- Recibirá al paciente foráneo que se presente sin cita solicitando consulta, informándole sobre el tiempo aproximado en el que será atendido por el médico que se le haya asignado.
- Tomará en cuenta el padecimiento que presente el paciente para que sea atendido con oportunidad.
- En caso de que el paciente no cuente con una cita programada, lo entrevistará y le asignará un turno para ser atendido.
- Informará al jefe o encargado del servicio si detectara alguna alteración o caso de urgencia.
- A juicio del médico, el paciente que presente alguna urgencia médica se estabilizará y después se trasladará al Hospital Central Militar en la ambulancia destinada para ello.
- Informará a los pacientes de los retrasos en consulta que por algún motivo se presenten.
- Llamará de manera respetuosa al paciente (anteponiendo el grado, señor, señora, etc.) evitando los adjetivos y diminutivos o solo empleando el nombre.
- Una vez terminada la consulta, indicará al paciente el procedimiento a seguir para que se le tomen los estudios de laboratorio y gabinete y/o tratamientos ordenados por el médico.
- Para hospitalización del paciente derechohabiente, se le indicará si debe presentarse en el Control número 3 de la Consulta Externa del Hospital

Central Militar o si su ingreso será por el Servicio de Urgencias dándole trámite por trabajo social realizando el registro correspondiente en la libreta de control de pacientes.

- Informará al paciente donde deberá solicitar nueva cita si así se le indica.

3.6.2.1.2. ATENCION DEL PACIENTE MILITAR EN ACTIVO DE LA PLAZA Y/O FORÁNEO.

- El personal de enfermería recibirá de Trabajo Social al paciente y la documentación correspondiente con el fin de ingresarlo con el médico que se requiera, según la característica de su padecimiento y sea atendido **a la brevedad posible.**
- En caso de que el paciente llegue directamente al servicio, le conducirá a Trabajo Social para realizar su registro correspondiente.
- Tendrá especial cuidado en que los datos estén completos y sean los correctos para mejor control.
- Deberá poner especial atención en que **TODOS LOS PACIENTES MILITARES FORANEOS SEAN ATENDIDOS POR LOS MEDICOS MILITARES ADSCRITOS AL SERVICIO.**
- Canalizará al paciente al consultorio o clínica solicitada en la hoja de referencia o pase.
- Si el paciente es dado de alta de la Consulta de Ortopedia, el médico le proporcionará además su Hoja de Contrarreferencia, misma que presentará en su escalón sanitario.

- Verificará la programación y registro correspondiente de su próxima cita indicada por el médico tratante.
- Al terminar la consulta, el personal de enfermería lo conducirá personalmente al departamento de Trabajo Social, recabando la firma correspondiente en la libreta de control de Militares Foráneos.

NOTA. Los escribientes de Trabajo Social elaborarán una constancia que deberá contener única y exclusivamente los datos que el médico asentó en el expediente y será firmada por el Director de la Unidad o quien se designe para este fin. La Trabajadora Social entregará al militar original y copia de la constancia elaborada debiendo quedarse con una copia firmada de recibido por el mismo.

3.6.3. MESA DE ASISTENCIA MEDICA.

Se encuentra a cargo del personal de enfermería de la misma Subsección de Ortopedia.

- 3.6.3.1. Colaborará directamente con el médico durante la exploración físico funcional del paciente que acuda al servicio, especialmente cuando éste sea del sexo femenino.
- 3.6.3.2. Dará preparación física y psicológica al paciente.
- 3.6.3.3. Aplicará en todo momento los principios fundamentales de enfermería
- 3.6.3.4. Verificará que el paciente haya comprendido las prescripciones médicas y lo orientará según se le haya indicado estudios de laboratorio y gabinete.
- 3.6.3.5. Indicará al paciente registre su nueva cita en la mesa de control de citas.
- 3.6.3.6. Conducirá al paciente a la recepción de Trabajo Social si el médico ha indicado la orden de encame.
- 3.6.3.7. Mantendrá en orden la unidad de trabajo .
- 3.6.3.8. Al final de la jornada realizará el parte diario de novedades, especificando los procedimientos para realizar el consolidado del archivo clínico.

3.6.4. MESA DE YESOS Y CURACIONES.

Está a cargo de un Enfermero Técnico en Traumatología y Ortopedia eficientemente preparado para colaborar con el médico en el tratamiento del paciente con afecciones del sistema músculo – esquelético, y además:

- 3.6.4.1. Es el colaborador inmediato del médico especialista en la reducción de fracturas, luxaciones y manejo de los esguinces.
- 3.6.4.2. Aplicará los conocimientos básicos del técnico de yesos en la práctica de enfermería en ortopedia, para el manejo clínico de los pacientes con afecciones del sistema músculo – esquelético.
- 3.6.4.3. Llevará a cabo la interpretación de las radiografías normales y de las que revelan datos patológicos.
- 3.6.4.4. Mantendrá una estrecha coordinación y comunicación con los médicos de la Subsección de Ortopedia, para la realización de los procedimientos de manera correcta.
- 3.6.4.5. Recibirá de los pacientes procedentes de consultorio, la orden médica del procedimiento a realizar.
- 3.6.4.6. Dará preparación física y psicológica al paciente e informará al médico cuando éste ya esté listo para la realización del procedimiento.
- 3.6.4.7. Antes, durante y después del procedimiento mantendrá la individualidad del paciente.
- 3.6.4.8. Realizará los procedimientos técnicos específicos, curación de heridas y retiro de puntos que le sean autorizados.
- 3.6.4.9. Dará al paciente las indicaciones específicas sobre el procedimiento realizado.
- 3.6.4.10. Recordará al paciente el registro de su nueva cita según indicaciones médicas.
- 3.6.4.11. Mantendrá el aseo de su unidad de trabajo.

3.6.5. MESA DE CONTROL DE CITAS.

El personal que integra ésta mesa, es el inmediato responsable de registrar la cita del paciente que así lo requiera tanto en el sistema computarizado como su carnet de citas.

- 3.6.5.1. Programará la cita a los pacientes de primera vez de acuerdo a las ordenes giradas, (dentro de los siete días siguientes) y a los pacientes subsecuentes, en el tiempo que le sea solicitado por prescripción médica.
- 3.6.5.2. Los pacientes que asistan por primera vez con el diagnóstico médico de PIE PLANO se canalizarán para su atención los días sábados.
- 3.6.5.3. Consultará al médico si existiere duda sobre la fecha de la próxima cita indicada al paciente.
- 3.6.5.4. Asignará citas telefónicamente al paciente que así lo requiera.
- 3.6.5.5. Tendrá a la mano la información sobre periodos vacacionales, comisiones y/o cursos en los que los médicos se encontrarán ausentes, informándolo al paciente cuando se le solicite.
- 3.6.5.6. Mantendrá estrecha comunicación con los médicos y atenderá las indicaciones de los mismos sobre el control de sus agendas de citas.
- 3.6.5.7. Verificará que no exista duda en el paciente sobre la programación de su cita.

4. PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS

4.1. JUSTIFICACIÓN

El trabajo cotidiano de las enfermeras en la atención directa con el paciente tiene requerimientos amplios y complejos por la gran cantidad de información que concurre en cada acción profesional por simple que parezca, reconoce en todo momento las obligaciones que le competen y las responsabilidades que se le atribuyen. Sin embargo, en cada ámbito se pueden distinguir elementos esenciales y de aplicación práctica inmediata cuya selección, síntesis y presentación accesible constituyen un recurso valioso para la consulta rápida y breve, la inducción, la enseñanza, etc.

Por tal motivo se hace necesario la presentación de las técnicas que se realizan en la Consulta Externa de Ortopedia de manera escrita y gráfica a fin de eficientar el trabajo del personal de enfermería que lo realice.

4.2. OBJETIVOS

- 4.2.1. Ofrecer un servicio óptimo, de calidad y sin riesgos al paciente que asista a la Consulta Externa de Ortopedia.
- 4.2.2. El personal de enfermería realizará los procedimientos técnicos en un mínimo de tiempo y sin errores.
- 4.2.3. En todo momento considerará al individuo como unidad biopsicosocial y espiritual para satisfacer sus necesidades, tomando en cuenta para ello los principios fundamentales de enfermería.

4.3. PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS.

4.3.1. ABLACION.

4.3.1.1. CONCEPTO

Es un procedimiento que puede realizarse en el cuarto de curaciones y que requiere un mínimo de instrumentación, retirando material de osteosíntesis en una lesión menor.

4.3.1.2. SIENDO LOS MAS FRECUENTES.

4.3.1.2.1. Codo.

4.3.1.2.2. Muñeca.

4.3.1.2.3. Rodilla.

4.3.1.2.4. Tobillo.

4.3.1.2.5. Interfalángicas.

4.3.1.3. MATERIAL

4.3.1.3.1. Guantes estériles.

4.3.1.3.2. Gasas estériles.

4.3.1.3.3. Torundas.

4.3.1.3.4. Cubrebocas.

4.3.1.3.5. Jeringa de 5 mililitros.

4.3.1.3.6. Aguja desechable de 22x32 y una de 20x38.

4.3.1.3.7. Isodine espuma.

4.3.1.3.8. Benzal.

4.3.1.3.9. Solución salina isotónica.

4.3.1.3.10. Xilocaína simple al 2%.

4.3.1.3.11. Hoja para bisturí # 20.

4.3.1.3.12. Dermalón 4-0.

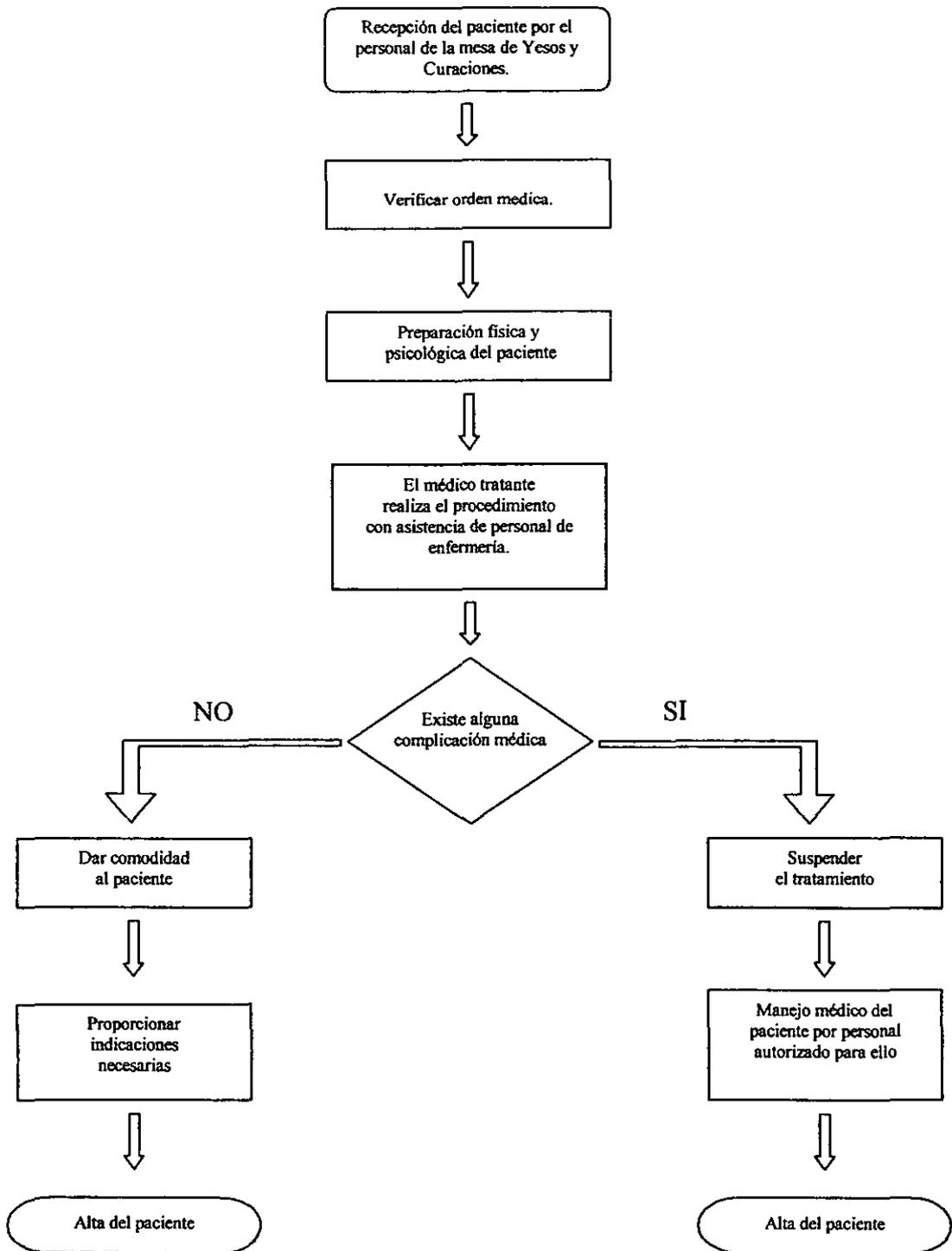
4.3.1.3.13. Venda elástica de 10 centímetros.

4.3.1.3.14. Desarmador

4.3.1.4. TECNICA.

- 4.3.1.4.1. Se recibe al paciente en la mesa de Yesos y Curaciones.
- 4.3.1.4.2. Llamar al paciente por su nombre.
- 4.3.1.4.3. Preparación física y psicológica del paciente.
- 4.3.1.4.4. Colocar una compresa debajo del área a trabajar.
- 4.3.1.4.5. Proporcionar al médico un par de guantes estériles.
- 4.3.1.4.6. Se le proporcionan: gasas y antiséptico (isodine espuma); realiza la asepsia siguiendo los principios fundamentales.
- 4.3.1.4.7. Se le proporcionan más gasas y solución salina isotónica para retirar el excedente de isodine.
- 4.3.1.4.8. Se retira los guantes y se calza un par de nuevos guantes estériles.
- 4.3.1.4.9. Se proporciona una jeringa y Xilocaina para que infiltre la región.
- 4.3.1.4.10. Prepara al paciente para la sorpresa y retira el material de fijación (se realiza la ablación de la región anatómica que se haya requerido) (ver fig. 1) con otra gasa limpia y estéril hace presión y coloca microporo o tela adhesiva para fijarlo acompañándolo con vendaje compresivo.
- 4.3.1.4.11. Con un par de gasas húmedas le retira el excedente de isodine que se haya derramado en la piel del paciente.
- 4.3.1.4.12. Proporcionar comodidad al paciente.
- 4.3.1.4.13. Ofrecer información sobre los cuidados que deberá observar en su nueva situación.
- 4.3.1.4.14. Alta del paciente.
- 4.3.1.4.15. Aseo de la unidad.

4.3.1.5. FLUJOGRAMA. ABLACION



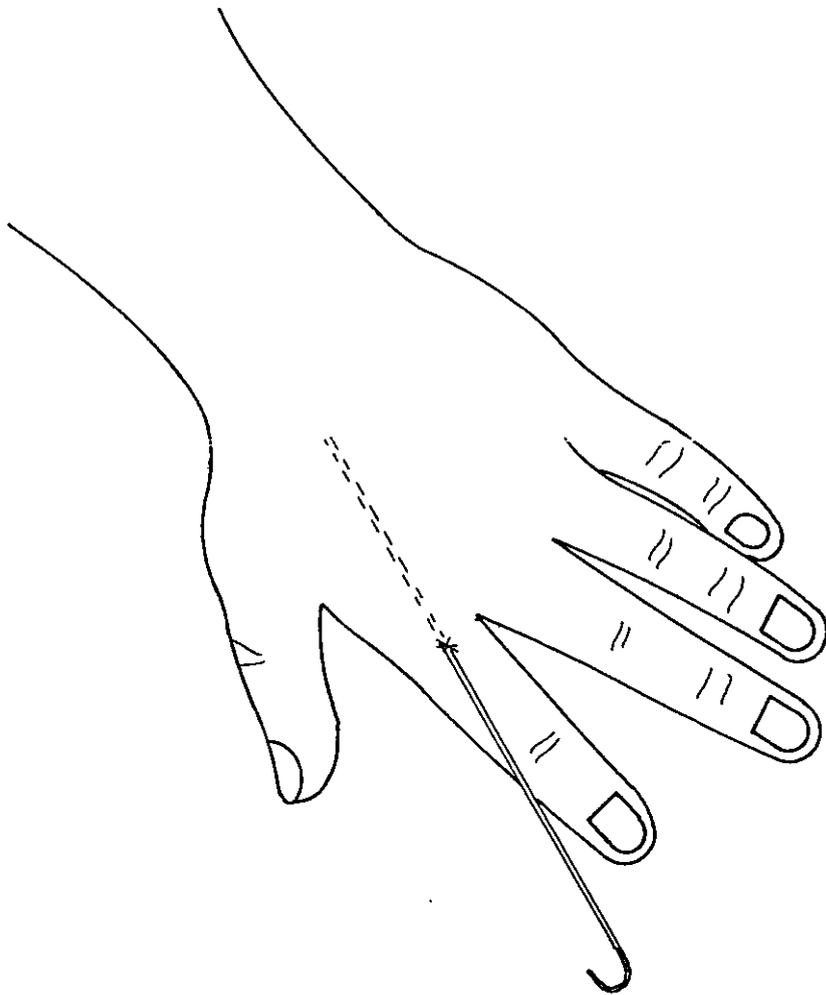


Fig. 1. ABLACIÓN DE UN CLAVO DE KISHNER

4.3.2. APLICACIÓN DE FERULA.

4.3.2.1. CONCEPTO.

Es la aplicación de un inmovilizador sencillo rígido para la restricción de movimientos o inmovilización de una extremidad.

4.3.2.2. TIPOS

4.3.2.2.1. De miembros superiores

4.3.2.2.2. De miembros inferiores

4.3.2.3. MATERIAL

4.3.2.3.1. Vendas de yeso de 5, 10 ó 15 cms.

4.3.2.3.2. Vendas de huata de 10 ó 15 cms.

4.3.2.3.3. Vendas elásticas de 5, 10 ó 15 cms.

4.3.2.3.4. Apósito estéril.

4.3.2.3.5. Un recipiente con agua.

4.3.2.3.6. Tijeras.

4.3.2.3.7. Guantes.

4.3.2.4. INDICACIONES PARA APLICAR UNA FERULA DE YESO.

En cualquier patología que involucre una articulación o hueso y que por este motivo requiera de inmovilización, permitiendo en cualquier momento pueda ser retirado o colocada, por el paciente a indicación médica o por el personal de ortopedia previa prescripción médica.

4.3.2.5. TECNICA.

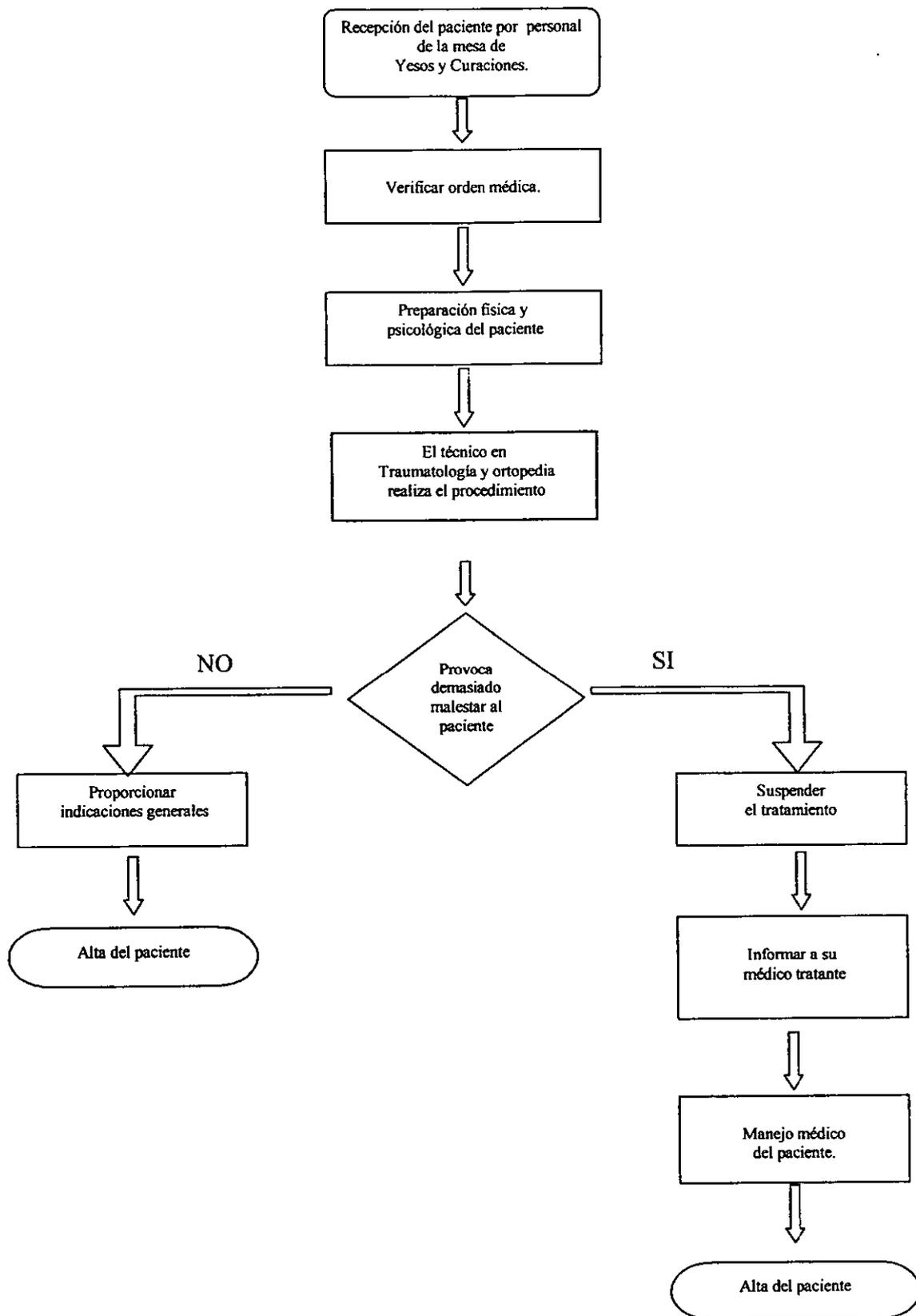
4.3.2.5.1. Se mide la longitud requerida y con la venda de yeso seca, se forman tantas capas como sea necesario obteniendo el grosor deseado.

- 4.3.2.5.2. Al sacarla del agua se requiere de un ayudante para sostenerla en el aire y el técnico retire el excedente del agua con los dedos índice y medio de ambas manos deslizándolos firmemente de arriba hacia abajo por los dos lados de la venda.
- 4.3.2.5.3. Cubrir con huata las dos caras de la venda enyesada.
- 4.3.2.5.4. Fijarla con una venda elástica al miembro afectado formando el modelo anatómico necesario. Debiendo considerar que según sea la extremidad sobre la que se trabajará deberá llevar el ángulo de flexión que se indique. (ver fig. 2)
- 4.3.2.5.5. Para dar sostén a una rodilla se utilizan de 8 a 10 capas de la venda de yeso y deben ponerse desde la porción superior del muslo hasta arriba del tobillo. Para brazo y las de puño; se requiere de 8 a 10 capas, con un yeso de 7 a 10 centímetros de ancho y van desde un plano muy próximo al pliegue palmar hasta 3 o 7 centímetros por debajo del codo.
- 4.3.2.5.6. Dejar cómodo al paciente.
- 4.3.2.5.7. Las articulaciones distal y proximal deben ejercitarse para evitar la rigidez y para mantener el tono muscular.
- 4.3.2.5.8. Indicar al paciente en el caso de férula de miembro superior, que durante la deambulacion será necesario el empleo de un cabestrillo para dar sostén. Si la férula es de miembro inferior puede apoyarse en el uso de muletas o andadera.

4.3.2.6. PRECAUCIONES.

- 4.3.2.6.1. La férula que se emplee para inmovilizar una fractura debe tener la longitud adecuada abarcando una extensión suficiente de la extremidad e inmovilizando las articulaciones por encima y por debajo de la lesión. (ver fig. 3)
- 4.3.2.6.2. Debe comprobarse que el almohadillado de la férula protege las partes blandas y previene su compresión contra planos duros especialmente en zonas de prominencias óseas, una vez que se aplique el vendaje que fije la inmovilización.
- 4.3.2.6.3. Recuerde al paciente la necesidad de valorar los pulsos periféricos.
- 4.3.2.6.4. Instruir al paciente sobre los cuidados y precauciones que debe adoptar mientras utilice la férula (por ejemplo que no se debe mojar cuando realice su aseo personal).

4.3.2.7. FLUJOGRAMA APLICACIÓN DE FERULA



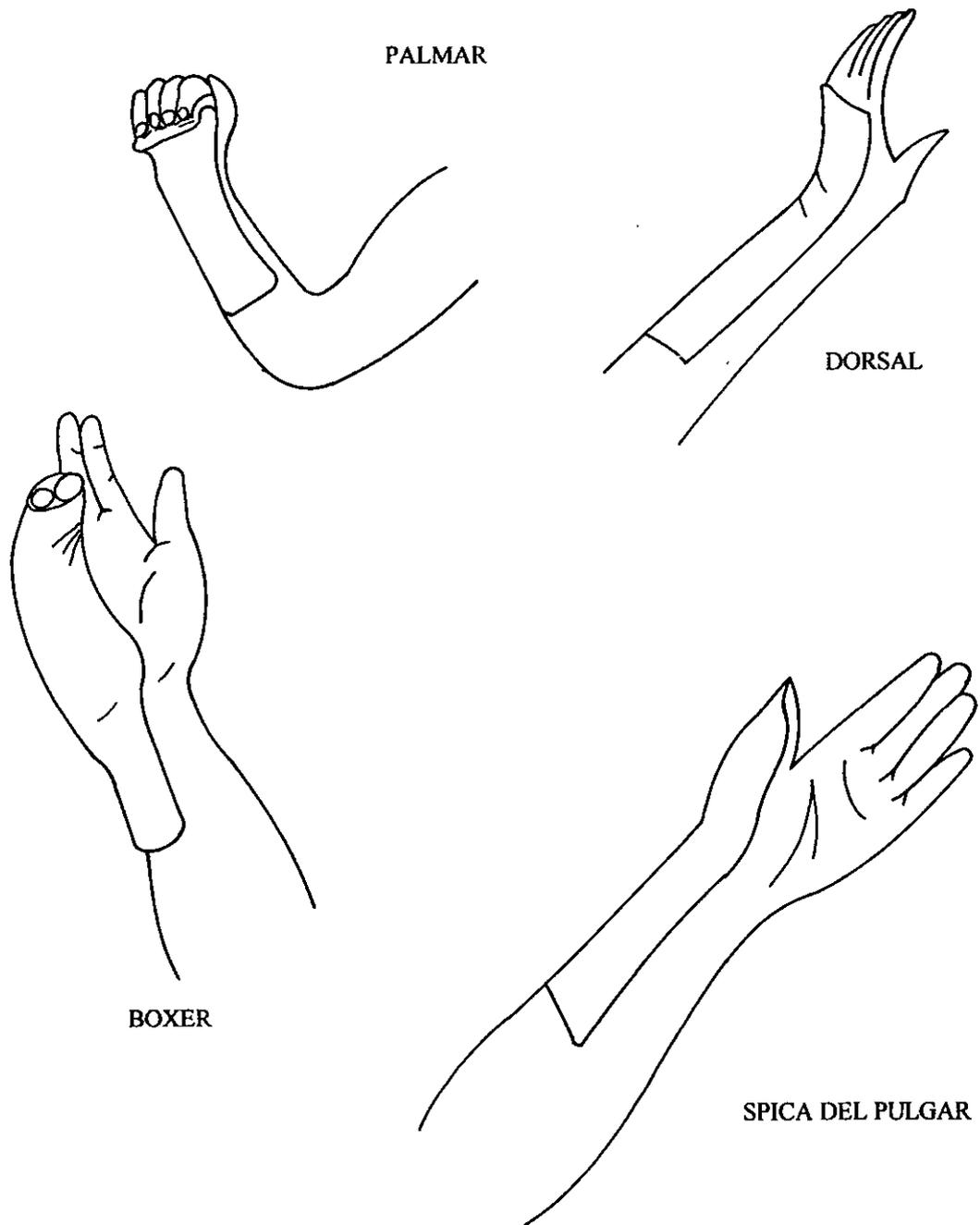
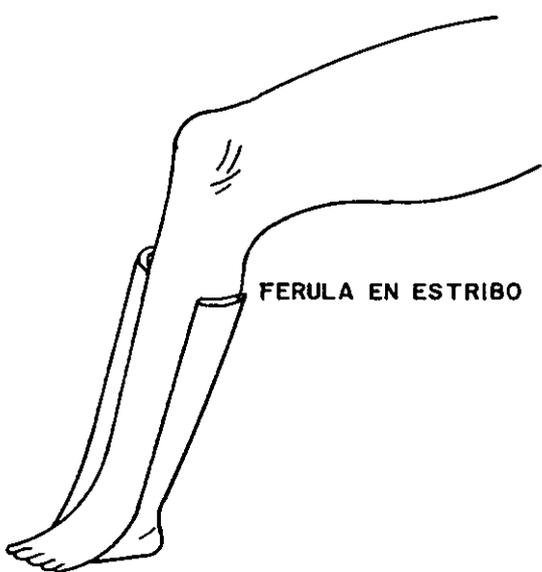
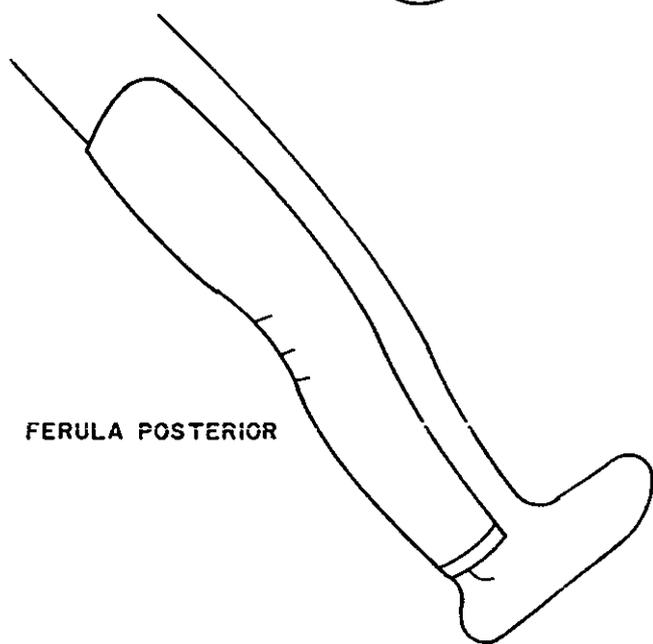


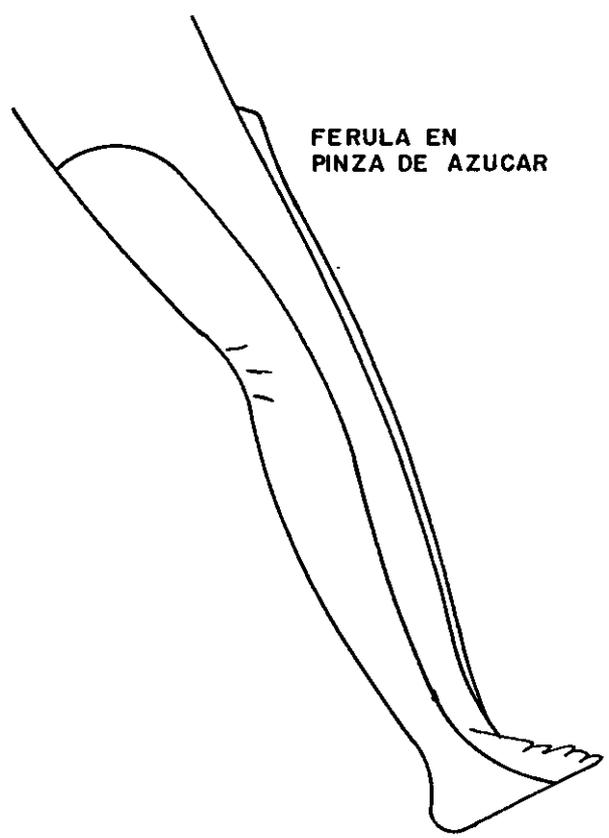
Fig. 2 FÉRULAS DE MIEMBROS SUPERIORES



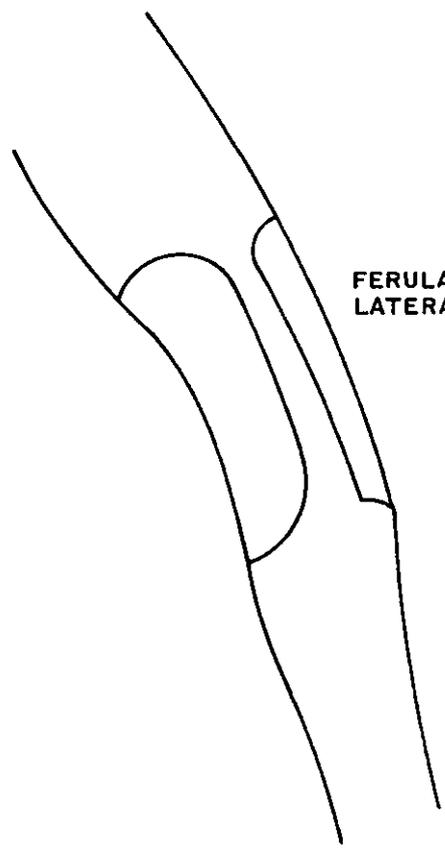
FERULA EN ESTRIBO



FERULA POSTERIOR



FERULA EN PINZA DE AZUCAR



FERULA LATERAL MEDIA

Fig. 3 FERULAS DE MIEMBROS INFERIORES

4.3.3. APLICACIÓN DE VENDAJES ELASTICOS.

4.3.3.1. CONCEPTO.

Es la maniobra de aplicar una venda, dando vueltas con ella convenientemente a una parte del cuerpo para cubrirla con fines terapéuticos.

4.3.3.2. TIPOS

- 4.3.3.2.1. Vendaje de Jones
- 4.3.3.2.2. Vendajes Compresivos.
- 4.3.3.2.3. Vendajes Hemostáticos

4.3.3.3. SUBTIPOS

- 4.3.3.3.1. Velpeau
- 4.3.3.3.2. En ocho
- 4.3.3.3.3. Circular
- 4.3.3.3.4. Robert Jones

4.3.3.4. MATERIAL Y EQUIPO.

- 4.3.3.4.1. Venda elástica 5, 10, 15 ó 25 centímetros.
- 4.3.3.4.2. Tela adhesiva.
- 4.3.3.4.3. Apósitos.
- 4.3.3.4.4. Benjuí.
- 4.3.3.4.5. Algodón plisado.

4.3.3.5. TECNICA GENERAL.

- 4.3.3.5.1. Se recibe al paciente en el cuarto de Yesos y Curaciones
- 4.3.3.5.2. Se obtiene del paciente la indicación médica.
- 4.3.3.5.3. Llamar al paciente por su nombre.
- 4.3.3.5.4. Proporcionar al paciente preparación física y psicológica.
- 4.3.3.5.5. Se inicia el procedimiento.

- 4.3.3.5.6. El rollo o cuerpo de la venda debe quedar en la superficie que se va vendar, esto da comodidad y facilita el manejo del rollo ahorrando tiempo. (ver fig. 4)
- 4.3.3.5.7. Coloque la parte que se ha de vendar en posición fisiológica para impedir deformidades y molestias y favorecer la circulación sanguínea.
- 4.3.3.5.8. Colocar apósitos en las heridas antes de vendarlas.
- 4.3.3.5.9. La venda se coloca si la zona está limpia y seca.
- 4.3.3.5.10. Las vendas deberán aplicarse de la zona distal a la proximal, pues así se facilita el retorno de la sangre al corazón.
- 4.3.3.5.11. Cada vuelta de un vendaje debe cubrir la mitad o dos terceras partes del ancho de la anterior.
- 4.3.3.5.12. Cuando hay necesidad de usar otra venda para completar el vendaje, se deben dar una o dos vueltas sobre el cabo terminal de la anterior para que se fije.
- 4.3.3.5.13. Nunca se dejarán descubiertas porciones de la parte del cuerpo que se ha vendado.
- 4.3.3.5.14. Se cuidará que la compresión sea la necesaria y suficiente preguntando al paciente como siente la presión del vendaje, cuidando también la estética del mismo.
- 4.3.3.5.15. Para el vendaje de **Velpeau** que nos sirve para inmovilizar codo y hombros, se sujeta el brazo contra el costado y el antebrazo flexionado sobre el pecho. La palma de la mano reposa sobre la clavícula del lado opuesto (ver fig. 5).

- 4.3.3.5.16. El vendaje en **Ocho**: se inicia con dos vueltas circulares en el centro de la articulación, que debe estar ligeramente flexionada; a continuación, se dirige la venda hacia arriba y luego hacia debajo de articulación en forma de ocho, de tal modo que cada vuelta cubra parcialmente a la anterior y que en la parte posterior pase por el centro de la articulación. Se realiza el mismo procedimiento para inmovilizar clavícula con la posición del paciente muy específica; también este método sirve para vendar zonas de articulaciones móviles (rodilla, tobillos, codos, muñecas, etc.), (ver figs. 6, 7 y 8).
- 4.3.3.5.17. En el vendaje **Circular**: cada vuelta cubre exactamente a la anterior de tal modo que ancho del vendaje es semejante al de la propia venda. Este método se utiliza para una parte cilíndrica del cuerpo, para mantener apósitos en su sitio y también para fijar el extremo inicial o final de los diferentes vendajes (ver fig. 9).
- 4.3.3.5.18. El vendaje de **Robert Jones** tiene la característica de ser complementado con algodón y se emplea originalmente para disminuir el edema en la extremidad afectada. (ver fig. 10).
- 4.3.3.5.19. Dejar cómodo al paciente.
- 4.3.3.5.20. Alta del paciente.
- 4.3.3.5.21. Realizar el registro correspondiente.

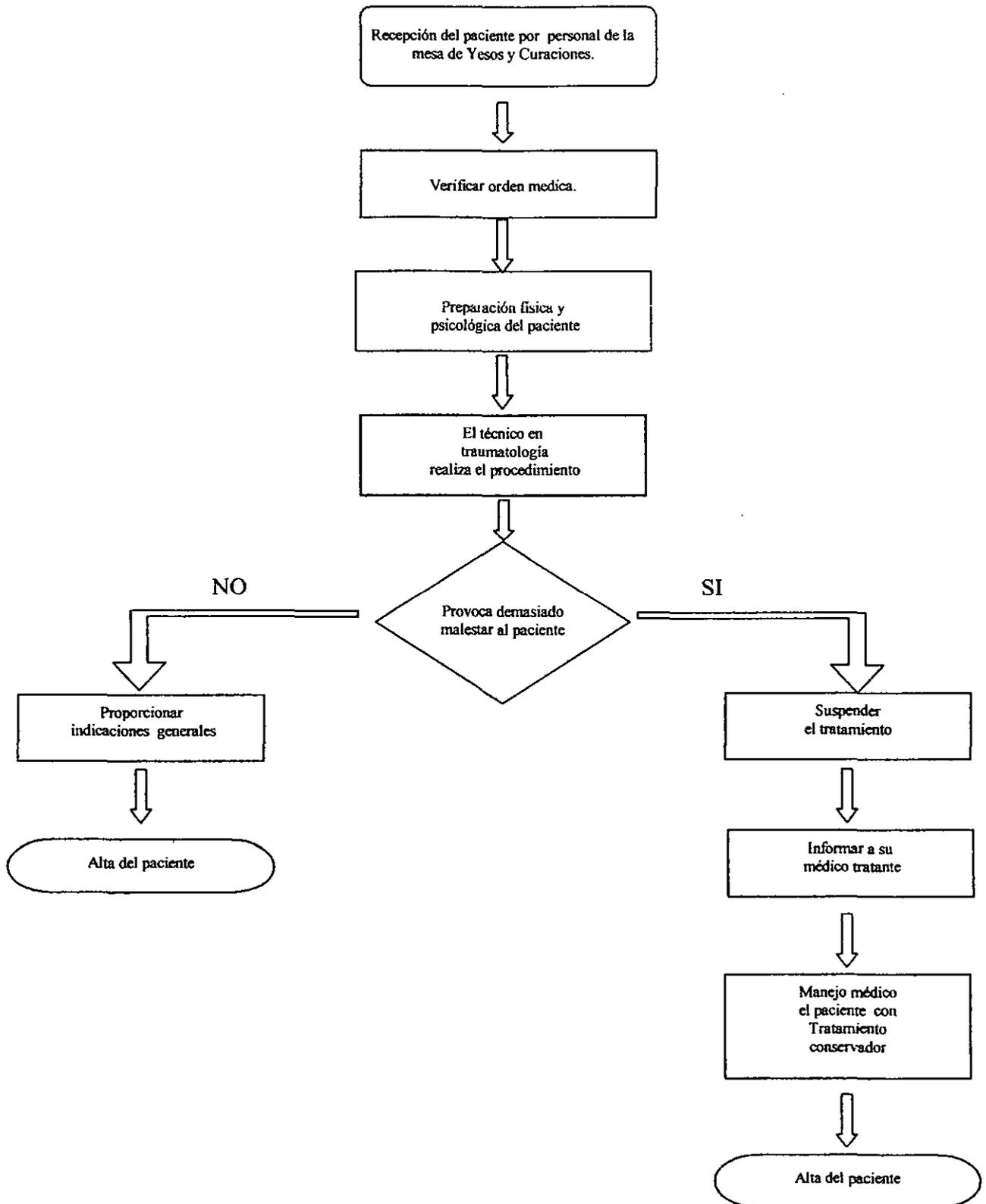
3.3.3.6. PRECAUCIONES

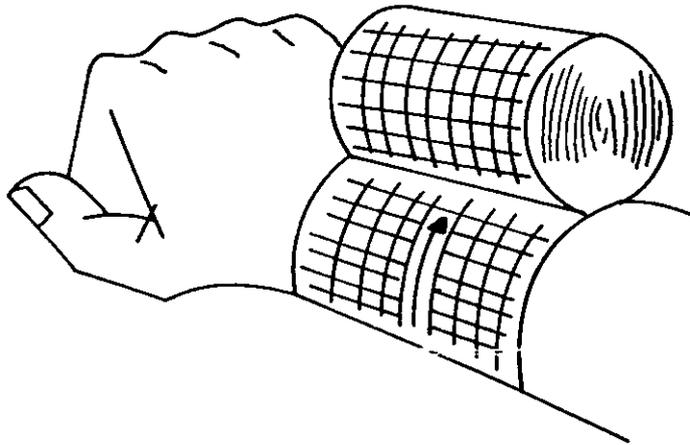
- 4.3.3.6.1. El vendaje siempre debe tener una indicación precisa y nunca se empleara en forma rutinaria o cuando su aplicación no sea realmente necesaria.
- 4.3.3.6.2. A los niños se les debe vendar con poca tensión por la blandura de sus tejidos.
- 4.3.3.6.3. No hacer demasiadas vueltas, sólo las necesarias porque resulta grueso, pesado, molesto, produce calor excesivo y dificulta la transpiración.
- 4.3.3.6.4. El tipo de venda, su ancho y su longitud deben seleccionarse en función de la extensión y el grosor del segmento a vendar y del efecto pretendido.
- 4.3.3.6.5. Cuando se observe un defecto en la colocación mientras se practica el vendaje, conviene retroceder hasta ese punto o comenzar nuevamente.
- 4.3.3.6.6. Deben protegerse con un almohadillado las zonas de articulación o prominencias oseas antes de aplicar el vendaje, así como separar con almohadillas las zonas subyacentes que se incluyan en el vendaje por ejemplo (los pliegues interdigitales).
- 4.3.3.6.7. Tras colocar el vendaje, hay que comprobar que resulte indoloro y que el paciente este cómodo, que pueda mover sin dificultad las partes libres. Debe inspeccionarse la parte distal en busca de signos neurovasculares que siguieran el desarrollo de complicaciones por compresión excesiva, valorando el estado y coloración de la piel (palidez, enrojecimiento, cianosis, edema), la temperatura

(frialdad cutánea) y la sensibilidad (parestesias, pérdida de la sensibilidad, dolor).

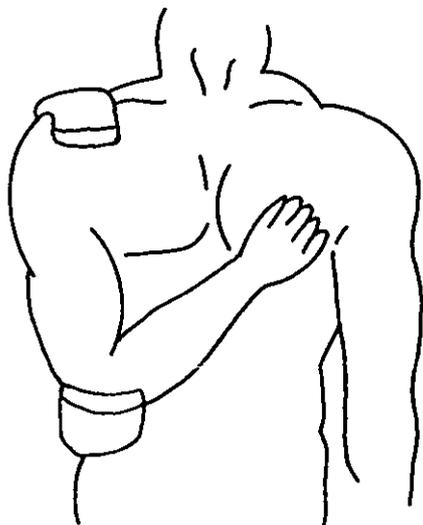
4.3.3.6.8. Un buen vendaje es aquel que cubre la superficie del cuerpo con el menor número de vueltas.

4.3.3.7. FLUJOGRAMA APLICACIÓN DE VENDAJES ELASTICOS

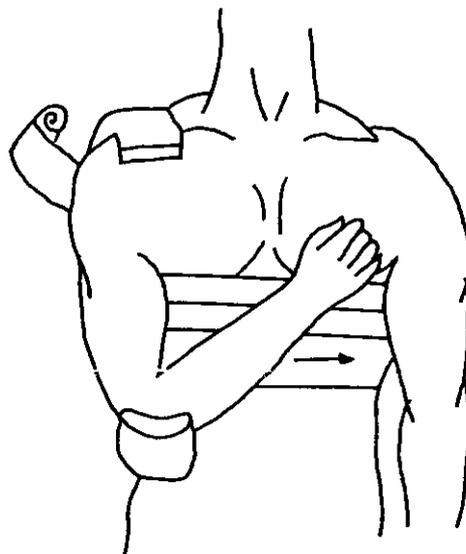




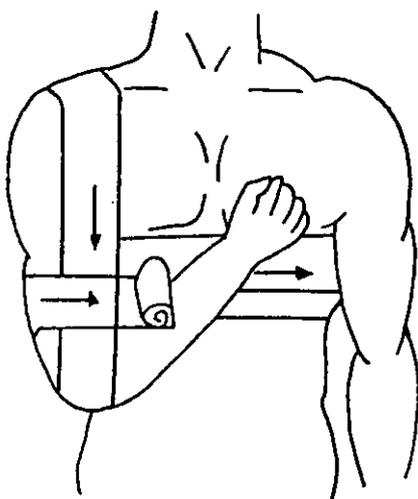
**Fig. 4 MODO CORRECTO DE COLOCAR UNA VENDA :
EL ROLLO DEBE RODAR SOBRE LA REGION QUE SE ESTA VENDANDO.**



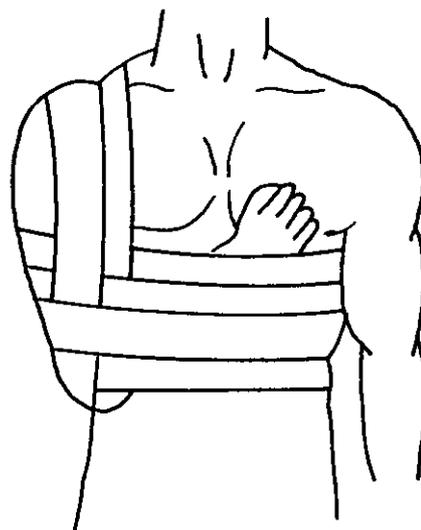
A. COLOCACION DE APOSITOS PARA PROTEGER LAS PROMINENCIAS - OSEAS.



B. PRIMERAS VUELTAS SOBRE EL - TORAX.



C. FIJACION DEL MIEMBRO SUPERIOR DEL TORAX.



D. VENDAJE TERMINADO.

Fig. 5 VENDAJE DE VELPEAU INMOVILIZACION DE HOMBRO

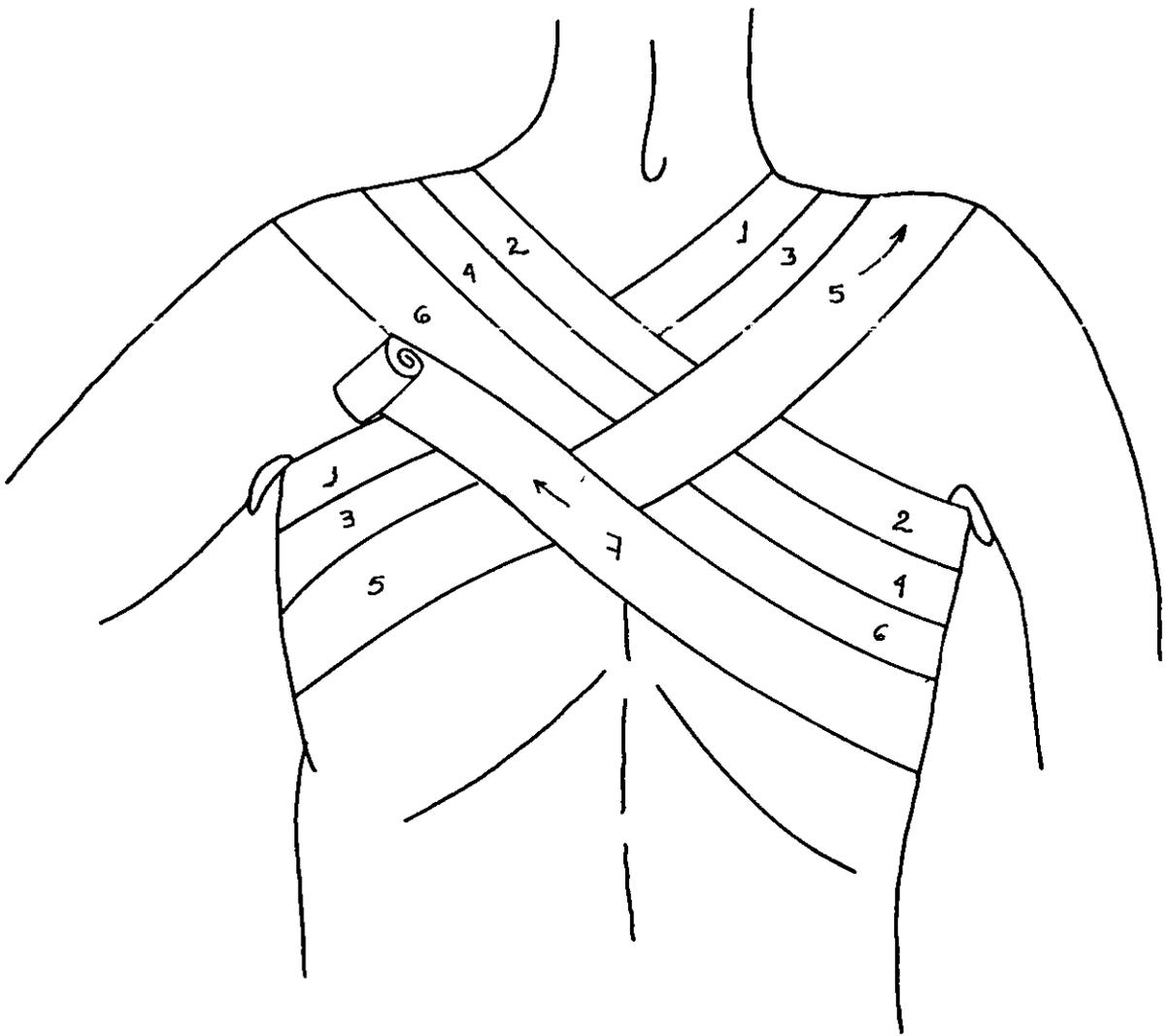


Fig. 6 VENDAJE EN OCHO INMOVILIZAR CLAVICULA

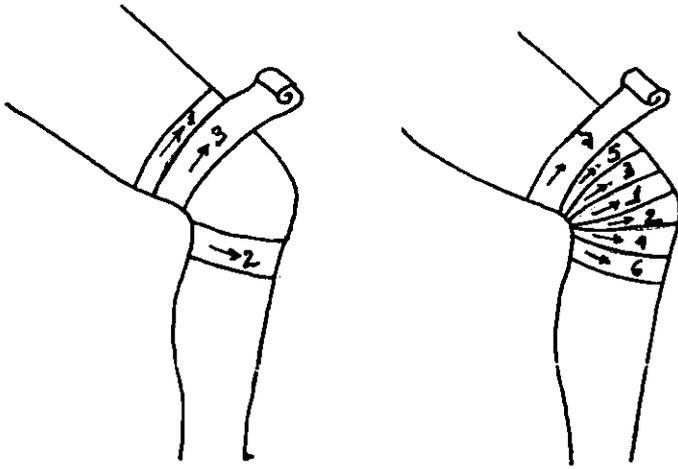


Fig. 7. VENDAJE EN OCHO EN RODILLA

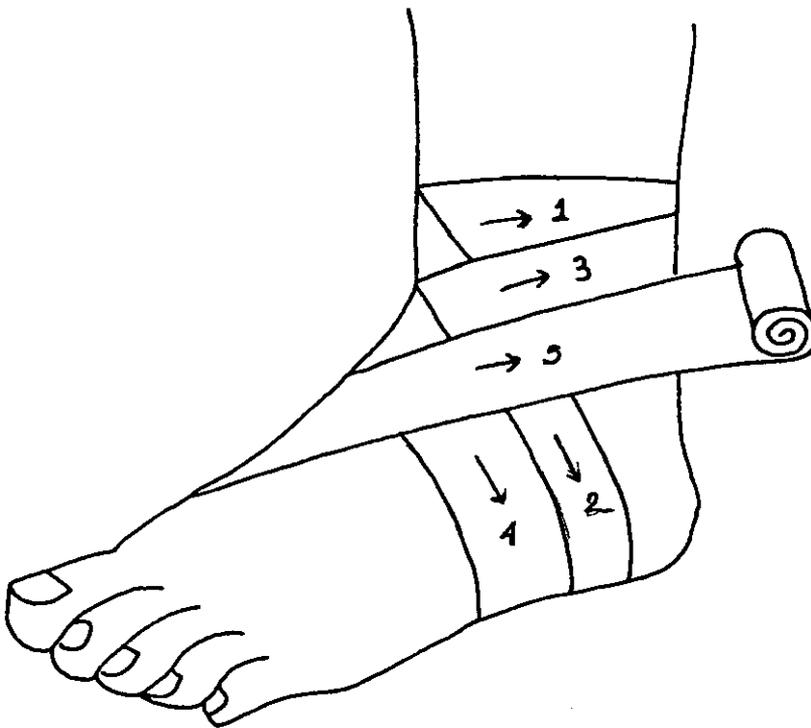


Fig. 8. VENDAJE EN OCHO EN PIE.

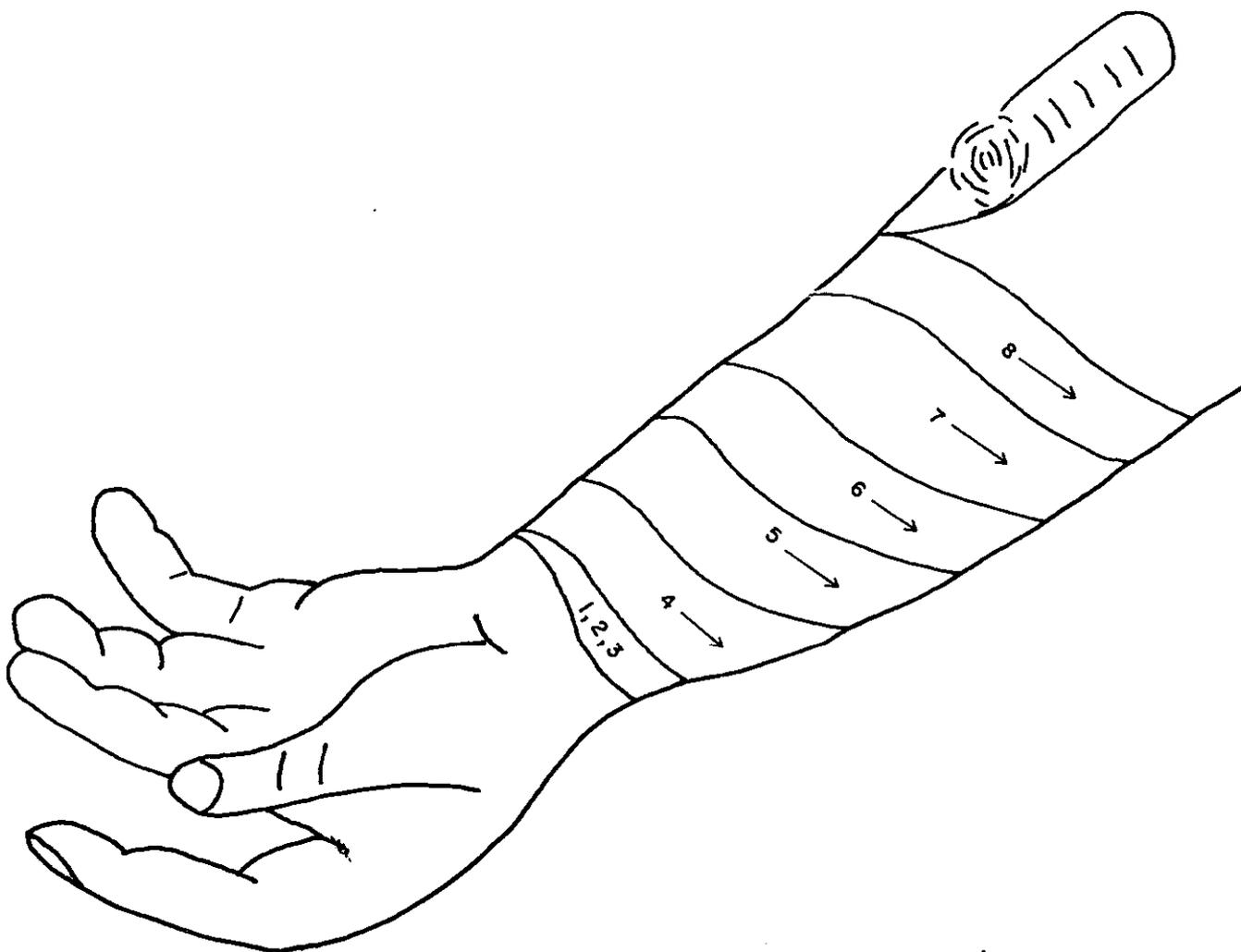


Fig. 9 VENDAJE CIRCULAR.

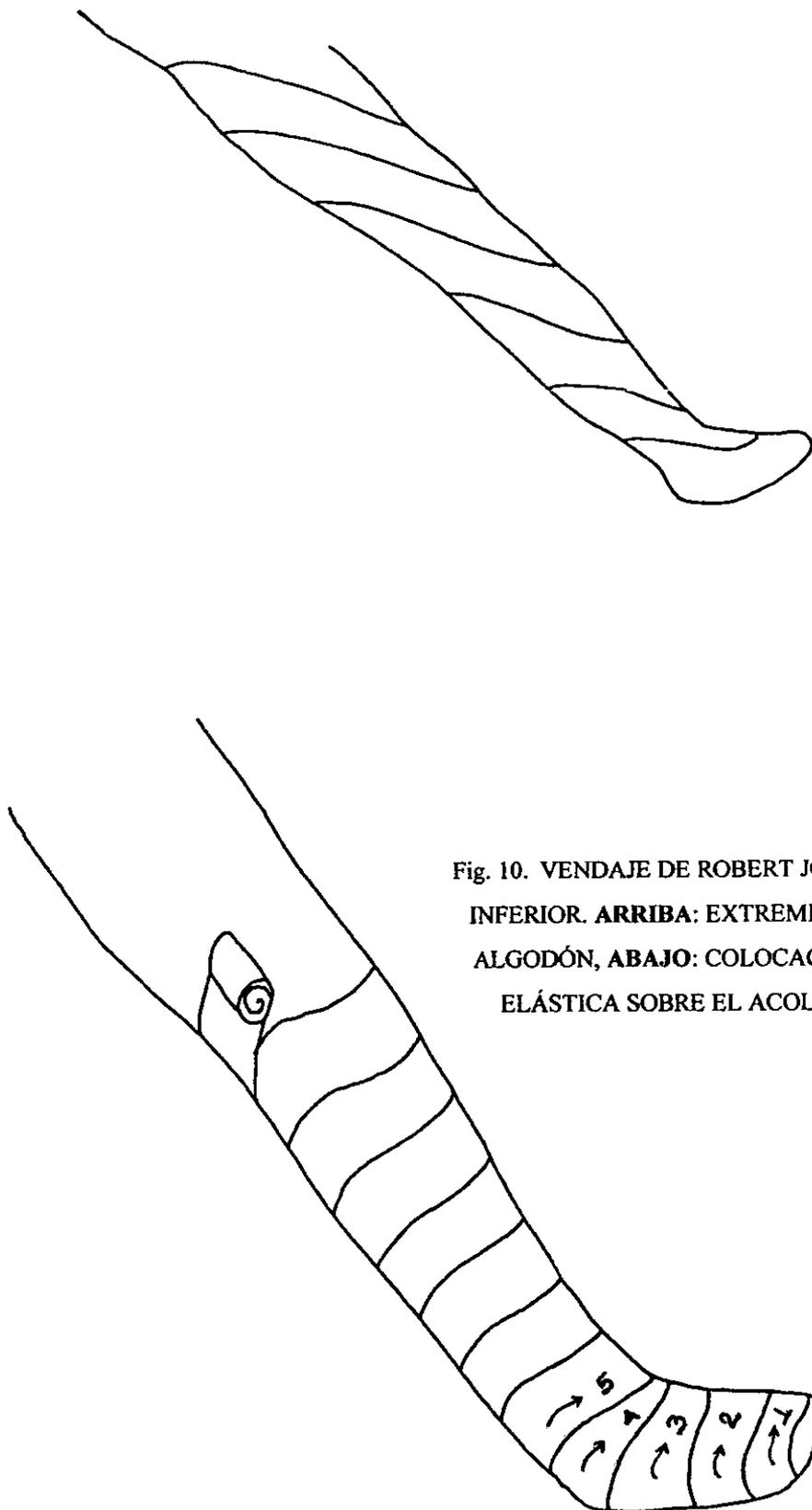


Fig. 10. VENDAJE DE ROBERT JONES EN MIEMBRO INFERIOR. ARRIBA: EXTREMIDAD CUBIERTA DE ALGODÓN, ABAJO: COLOCACIÓN DE LA VENDA ELÁSTICA SOBRE EL ACOLCHONAMIENTO DE ALGODÓN.

4.3.4. APLICACIÓN DE UN APARATO DE YESO

4.3.4.1. CONCEPTO.

Es el empleo de una venda- gruesa recubierta de sulfato de calcio deshidratado por calor y molido, que tiene la particularidad de endurecer rápidamente cuando se humedece con agua.

4.3.4.2. OBJETIVOS.

4.3.4.2.1. Inmovilizar una región del cuerpo.

4.3.4.2.2. Mantener una posición especial entre las diferentes partes de una extremidad.

4.3.4.2.3. Protección de las partes blandas.

4.3.4.2.4. Coadyuvante eficaz en el tratamiento de las fracturas donde su principal objetivo es mantener los fragmentos en la correcta posición obtenida mediante la reducción.

4.3.4.3. TIPOS.

4.3.4.3.1. Antebraquiopalmar.

4.3.4.3.2. Braquiopalmar.

4.3.4.3.3. Corsé de yeso.

4.3.4.3.4. Bota corta.

4.3.4.3.5. Bota larga o Inguinopedio.

4.3.4.3.6. Tubo de yeso.

4.3.4.3.7. Aparato de yeso tipo Sarmiento.

4.3.4.4. INDICACIONES PARA LA APLICACION DE UN APARATO DE YESO

En las luxaciones o fracturas una vez que se han reducido, con la finalidad de favorecer la reparación de los elementos

lesionados y contención temporal de los territorios osteo articulares.

4.3.4.5. MATERIAL.

- 4.3.4.5.1. Vendas de huata de 5, 10 ó 15 cms.
- 4.3.4.5.2. Vendas de yeso de 5, 10 ó 15 cms.
- 4.3.4.5.3. Hoja para bisturí # 24.
- 4.3.4.5.4. Cubeta con agua.
- 4.3.4.5.5. Apósito.
- 4.3.4.5.6. Tijeras de Lister.

4.3.4.6. TÉCNICA GENERAL

- 4.3.4.6.1. Llamar al paciente por su nombre.
- 4.3.4.6.2. Preparación psicológica del paciente.
- 4.3.4.6.3. Colección del material a emplear.
- 4.3.4.6.4. Posicionar cómodamente al paciente.
- 4.3.4.6.5. Advertir al paciente que sentirá aumento de calor durante la colocación del yeso por la acción exotérmica del mismo y esto no le deberá causar angustia.
- 4.3.4.6.6. El médico o el técnico en traumatología y ortopedia, indicará el momento en el que se le presente el material
- 4.3.4.6.7. El vendaje almohadillado del miembro o parte por inmovilizar, se inicia con circulares de huata quirúrgica, en el espesor aproximado de medio centímetro, imbricando, la mitad de cada vuelta sobre la anterior y así progresivamente.
- 4.3.4.6.8. Verificar que se deje bien protegida sobre las salientes óseas; ejemplo: apófisis estiloides del

cubito, maléolos, olécranon, epicóndilos y epitróclea (ver fig. 11).

- 4.3.4.6.9. Una vez colocada la huata se le da inicio al aparato de yeso propiamente dicho. La venda de yeso se sumergirá en posición oblicua o vertical, con el objeto de que las burbujas escapen fácilmente y se sacará hasta que cesen de salir las burbujas.
- 4.3.4.6.10. Las vendas se manejan suavemente para evitar la pérdida de yeso y para exprimirla se coloca una mano en cada extremo realizando una torsión para eliminar el exceso de agua.
- 4.3.4.6.11. La extremidad de dicha venda se separa de su cuerpo y así se presenta para su uso.
- 4.3.4.6.12. Se inicia el vendaje en sentido de las manecillas del reloj, siendo preferente iniciar por las partes pequeñas como tobillo, rodilla, puño, etcétera y progresando hacia las partes grandes, modelando correctamente para evitar los espacios de aire que debilitan el yeso.
- 4.3.4.6.13. Para inmovilizar **codo o radio y cúbito**: se mantiene el brazo flexionado en ángulo recto, con la inclinación de la muñeca como se indique. (ver fig. 12 y 13)
- 4.3.4.6.14. En la inmovilización de la **muñeca**, se coloca el antebrazo en posición intermedia de prono supinación, flexión palmar y desviación cubital o radial necesario con el codo flexionado a 90°. El pulgar y resto de los dedos de la mano están sujetos por un ayudante, (ver fig. 14).

- 4.3.4.6.15. El **corsé de yeso** se aplica en el paciente que fue sometido a cirugía de columna lumbar y requiere mayor tiempo de inmovilización a orden médica. Se debe aplicar con el paciente erguido, lo ideal sería contar con la mesa de Berlett, con la que se lograría un mejor amoldamiento del yeso. (ver fig. 15)
- 4.3.4.6.16. En la **bota larga o inguinopedio**, se utiliza en lesiones de la rodilla y/o tibia y peroné, mismo que al confeccionarse debe considerarse en la rodilla una flexión de 10 a 12 grados y el tobillo con una flexión de 90 grados (ver fig. 16)
- 4.3.4.6.17. La **bota corta** nos sirve para inmovilizar preferentemente tobillo, debiendo buscar para el enyesado mantener el pie en ángulo recto. (ver fig. 17).
- 4.3.4.6.18. El **tubo de yeso** se emplea para inmovilizar rodilla y debe mantener el miembro inferior la posición anatómica. (ver fig.18).
- 4.3.4.6.19. Yeso tipo **Sarmiento** se emplea en la fractura de tibia y evita el movimiento del tendón rotuliano (ver fig. 19)
- 4.3.4.6.20. Para ir hacia arriba y hacia abajo, deben hacerse pequeños dobleces y así lograr los cambios de dirección en el vendaje enyesado.
- 4.3.4.6.21. Mientras se aplica el enyesado, una mano enrolla la venda sobre la extremidad y la otra alisa suavemente lo ya puesto, para que al final se tenga una sola capa y no varias, con lo que el aparato será más fuerte.
- 4.3.4.6.22. Cuando el vendaje ha alcanzado el espesor deseado y esperando que fragüe se procederá al moldeado de

las prominencias óseas o las correspondientes maniobras de reposición.

4.3.4.6.23. El enyesado de miembros superiores e inferiores debe colocarse hasta antes de los dedos dejando un espacio bien despejado para poder hacer valoraciones neurovasculares.

4.3.4.6.24. Cuestionar frecuentemente al paciente durante el procedimiento para saber como se siente y pedirle que avise si presenta alguna molestia.

4.3.4.6.25. Dejar cómodo al paciente.

4.3.4.6.26. Aseo de la unidad.

4.3.4.7. PRECAUCIONES

4.3.4.7.1. Todo aparato de yeso en cualquiera de sus variedades que se aplican a un paciente, obliga al médico a su estricta vigilancia hasta que el enyesado sea retirado, especialmente cuando se trate de yesos de contención como en el caso de las fracturas.

4.3.4.7.2. Frecuentemente en los aparatos pelvipodálicos y corsés se hace una ventana en la región abdominal, con lo que además de lograr la ventilación del aparato y facilitar los movimientos respiratorios, se evitan los trastornos ocasionados por la distensión abdominal, durante y después de los alimentos.

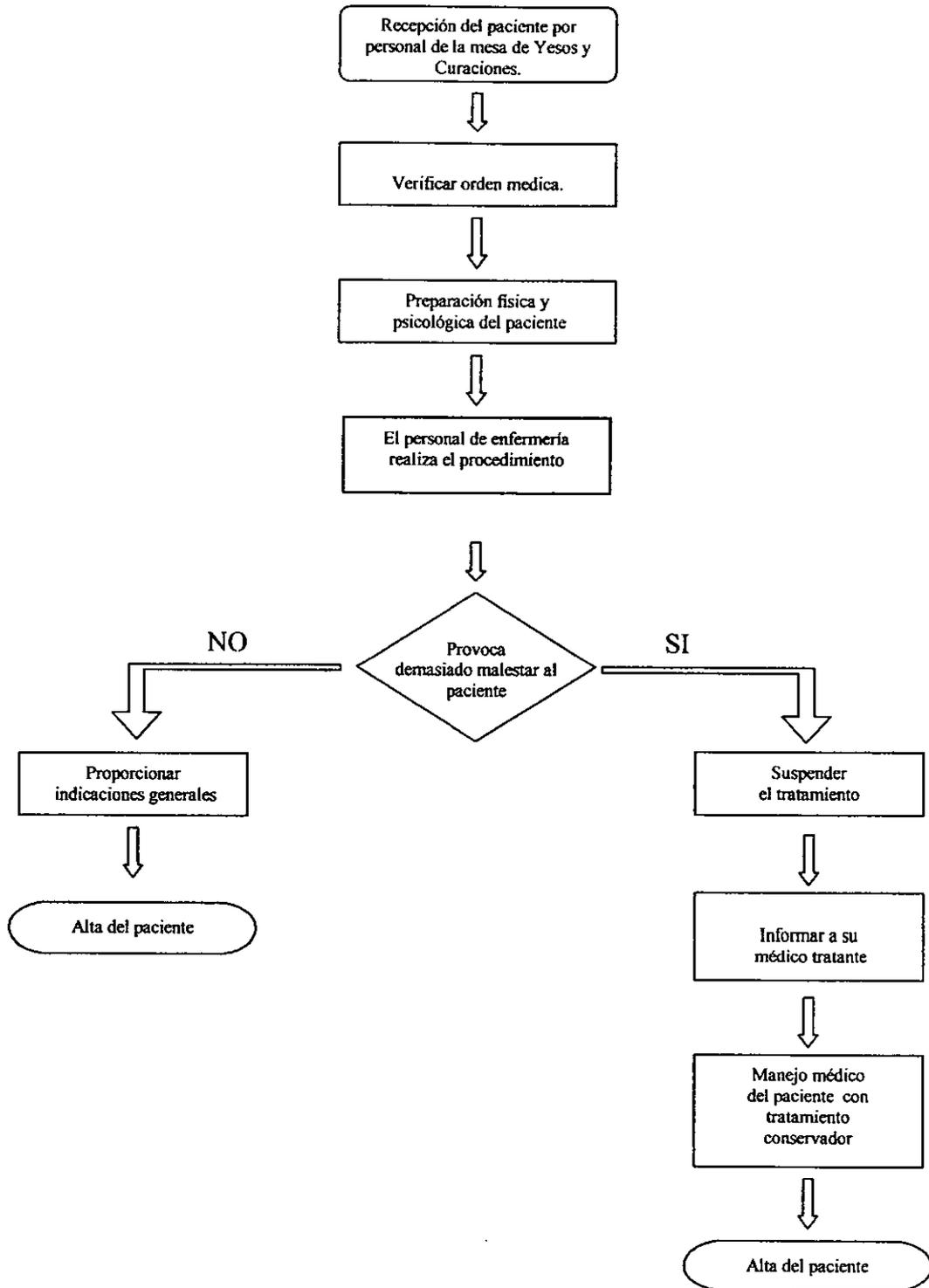
4.3.4.7.3. En la aplicación del corsé de yeso, se tiene como puntos de presión: la región sacra, pelvis, esternón y crestas ilíacas, por lo que aconseja procurar un almohadillado, sobre todo a nivel de crestas ilíacas ya que es en éstas donde recae el peso del mismo.

- 4.3.4.7.4. Si se coloca tacón ambulatorio debe aplicarse cuando el yeso, aunque ya fraguado, aún se encuentra húmedo; colóquese de acuerdo con una línea imaginaria que baje de la cara anterior de la tibia y vaya por el centro de dicho tacón para fijarlo, se usa una venda de yeso y en ocasiones hasta dos.
- 4.3.4.7.5. No debe existir presión o fricción sobre las prominencias óseas, ya que pueden provocarse escaras.
- 4.3.4.7.6. Nunca debe colocarse algodón en los sitios que estén sujetos a movilidad o frotamiento, de otra manera generará apelmazamientos que causarán lesiones en vez de proteger la piel.
- 4.3.4.7.7. Existe la tendencia a utilizar demasiado yeso, porque en el momento de su aplicación se siente suave, se hunde a la presión, cosa que no sucede cuando está seco. El peso de más vendas y férulas acarrea un problema de peso, malestar para el paciente, mayor tiempo de secado y gasto innecesario de material.
- 4.3.4.7.8. Evitar en todo momento:
- Colocar objetos extraños bajo el molde de yeso.
 - Abusar de la resistencia del yeso.
 - Ensuciarlo.Humedecerlo.
 - Sacar el acojinamiento.
 - Rascarse con objetos que puedan atorarse dentro y le provoque una lesión y
 - Caminar con el molde “verde”. (ver fig. 21).
- 4.3.4.7.9. Debe informársele no solo acerca del cuidado del yeso, sino también acerca de los signos y síntomas

de alarma para que informen al médico si éstos se presentan.

- 4.3.4.7.10. Los síntomas en los que debe alertarse el paciente son: dolor que va en aumento y que cede con los analgésicos; edema junto con el dolor y trastornos de la coloración de los dedos; dolor producido por la movilización pasiva de los mismos o parestesias bajo el enyesado.
- 4.3.4.7.11. Indicar al paciente que procure las temperaturas secas ya que el fraguado lleva de 24 a 72 horas, según el tamaño del aparato, prolongándose cuando el aparato se encuentra cubierto o el ambiente esté húmedo.
- 4.3.4.7.12. Recordar que el secado rápido aumenta la fragilidad del yeso.

4.3.4.8. FLUJOGRAMA APLICACIÓN DE UN PARATO DE YESO.



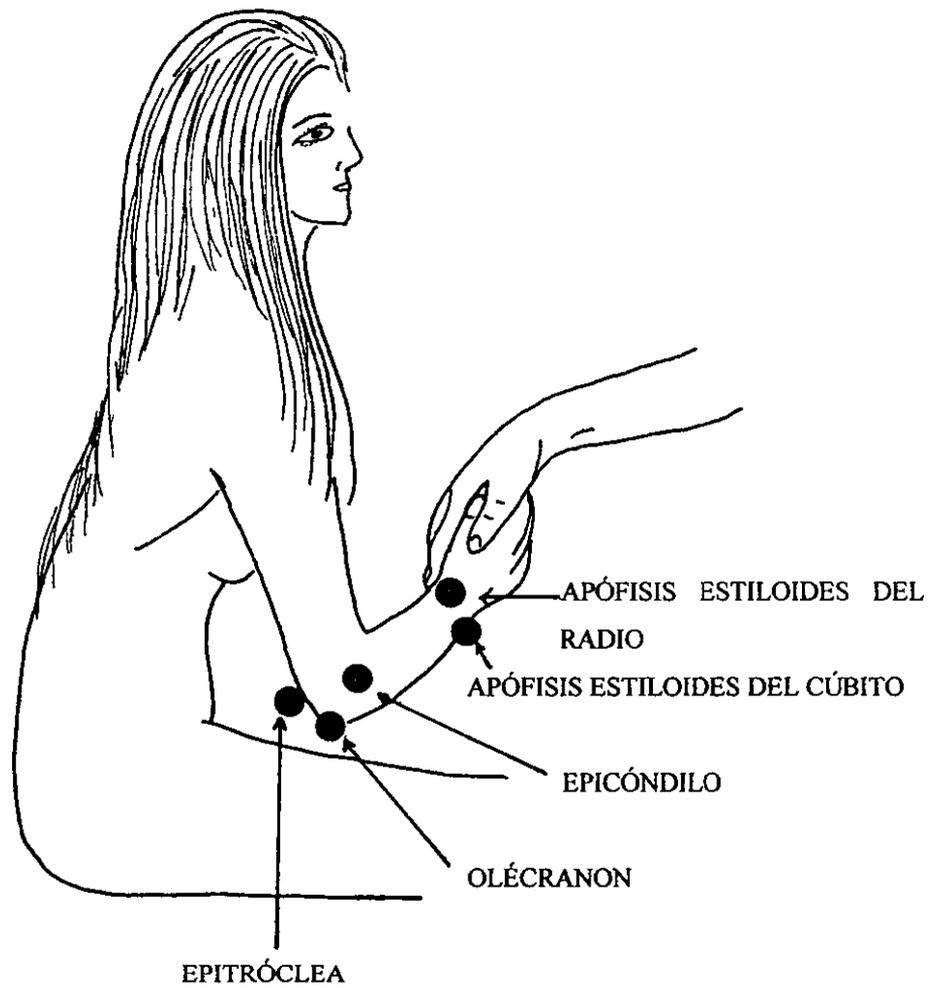


Fig. 11. ZONAS A PROTEGER EN EL MIEMBRO SUPERIOR.

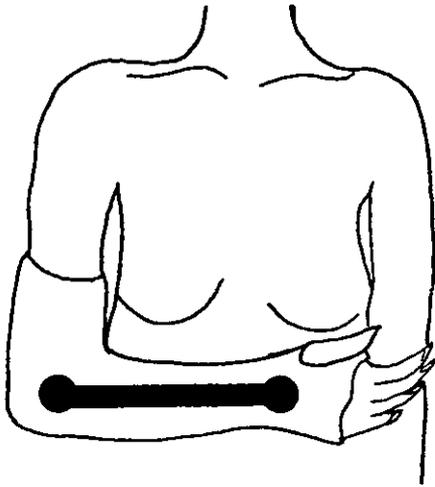


Fig.12. YESO BRAQUIOPALMAR EN PRONOSUPINACIÓN

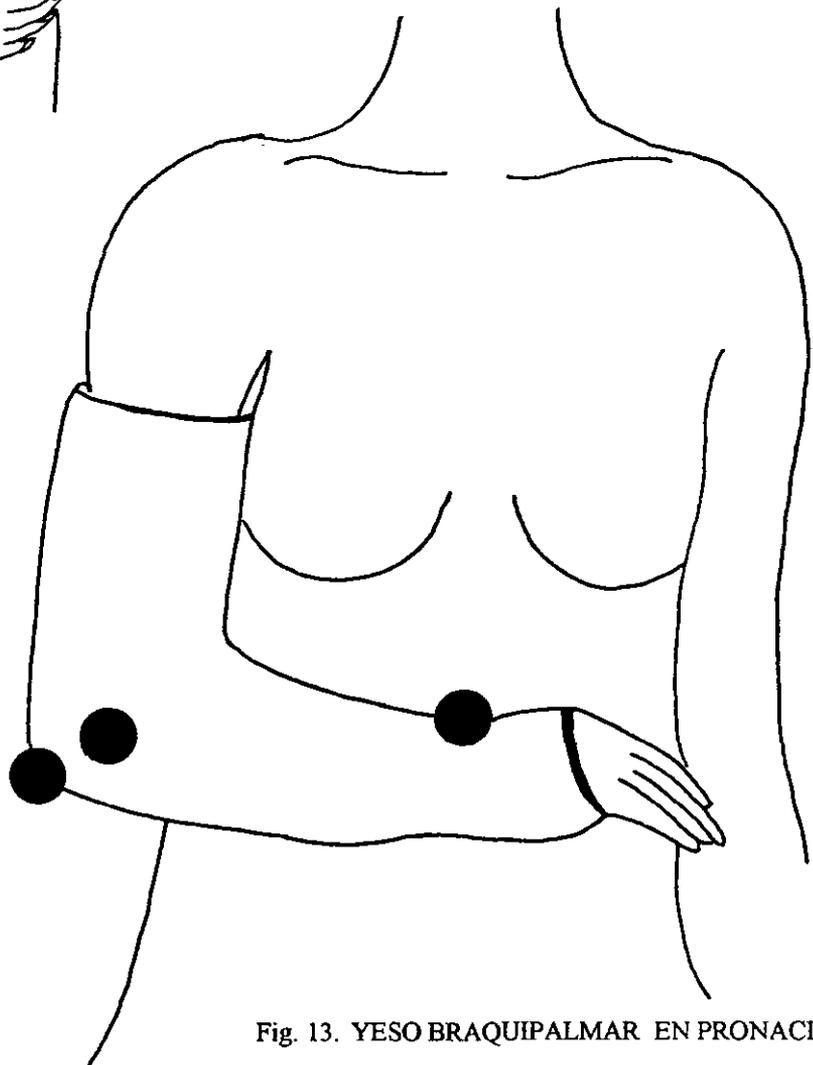


Fig. 13. YESO BRAQUIPALMAR EN PRONACIÓN

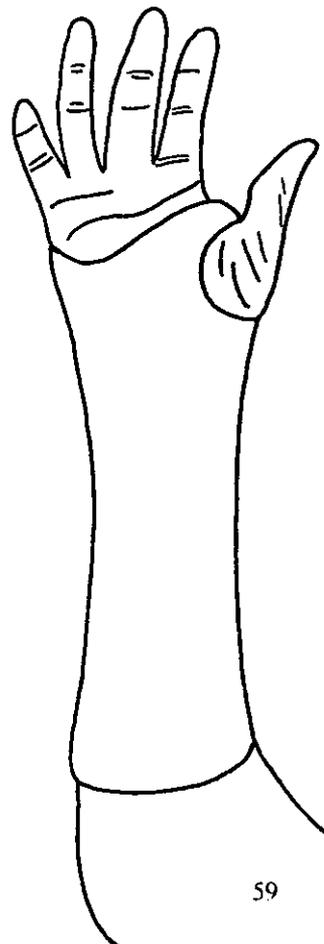
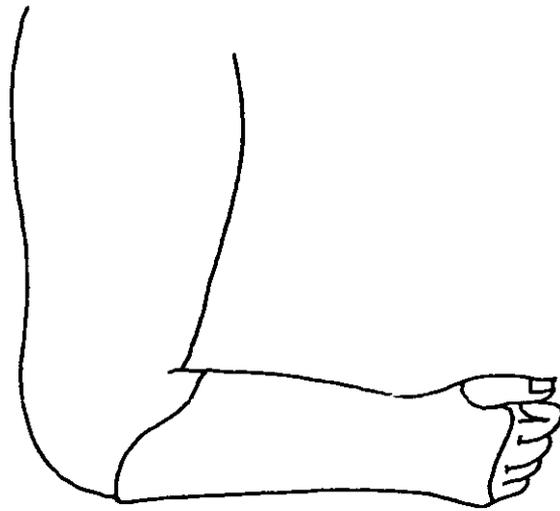


Fig.14. YESO ANTEBRAQIOPALMAR

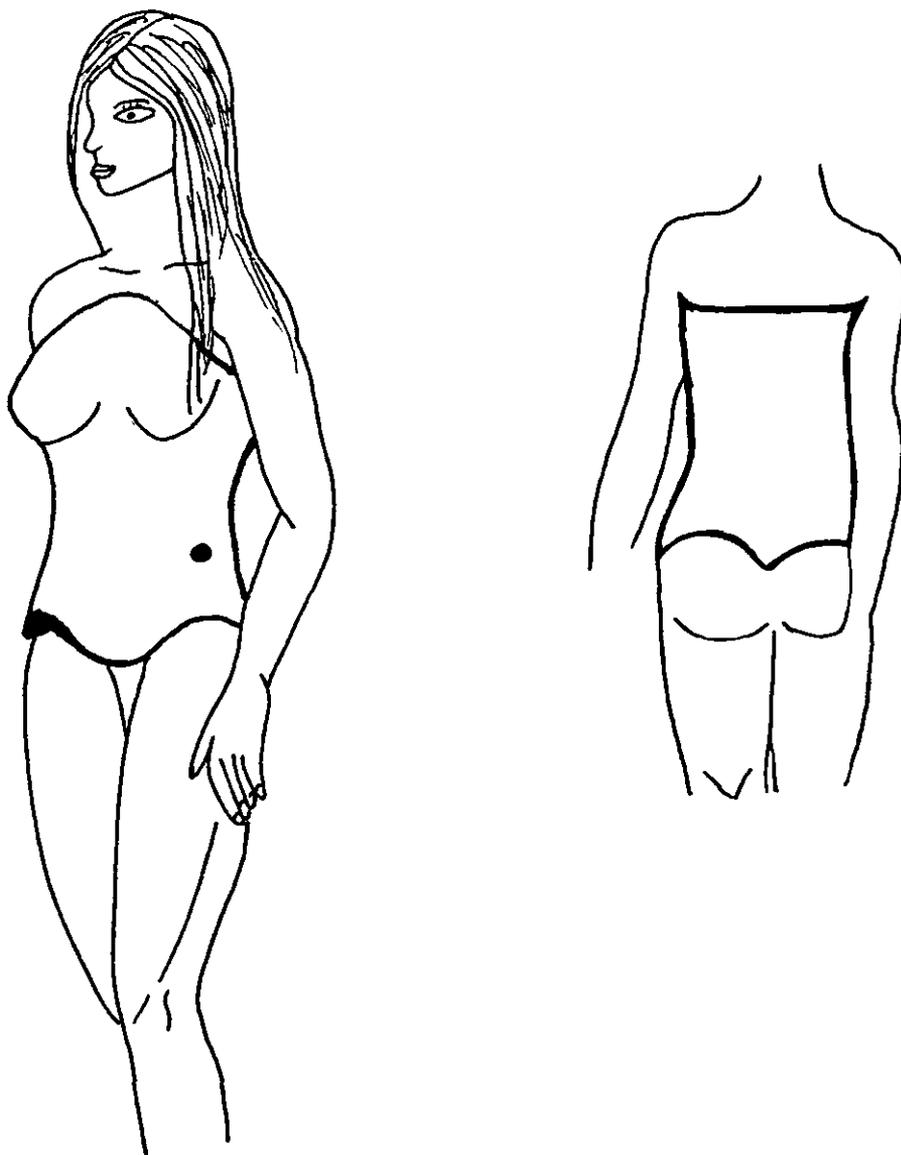


Fig. 15. CORSÉ DE YESO.
EL PUNTO NEGRO INDICA LA PROTECCIÓN
DE LA CRESTA ILIACA

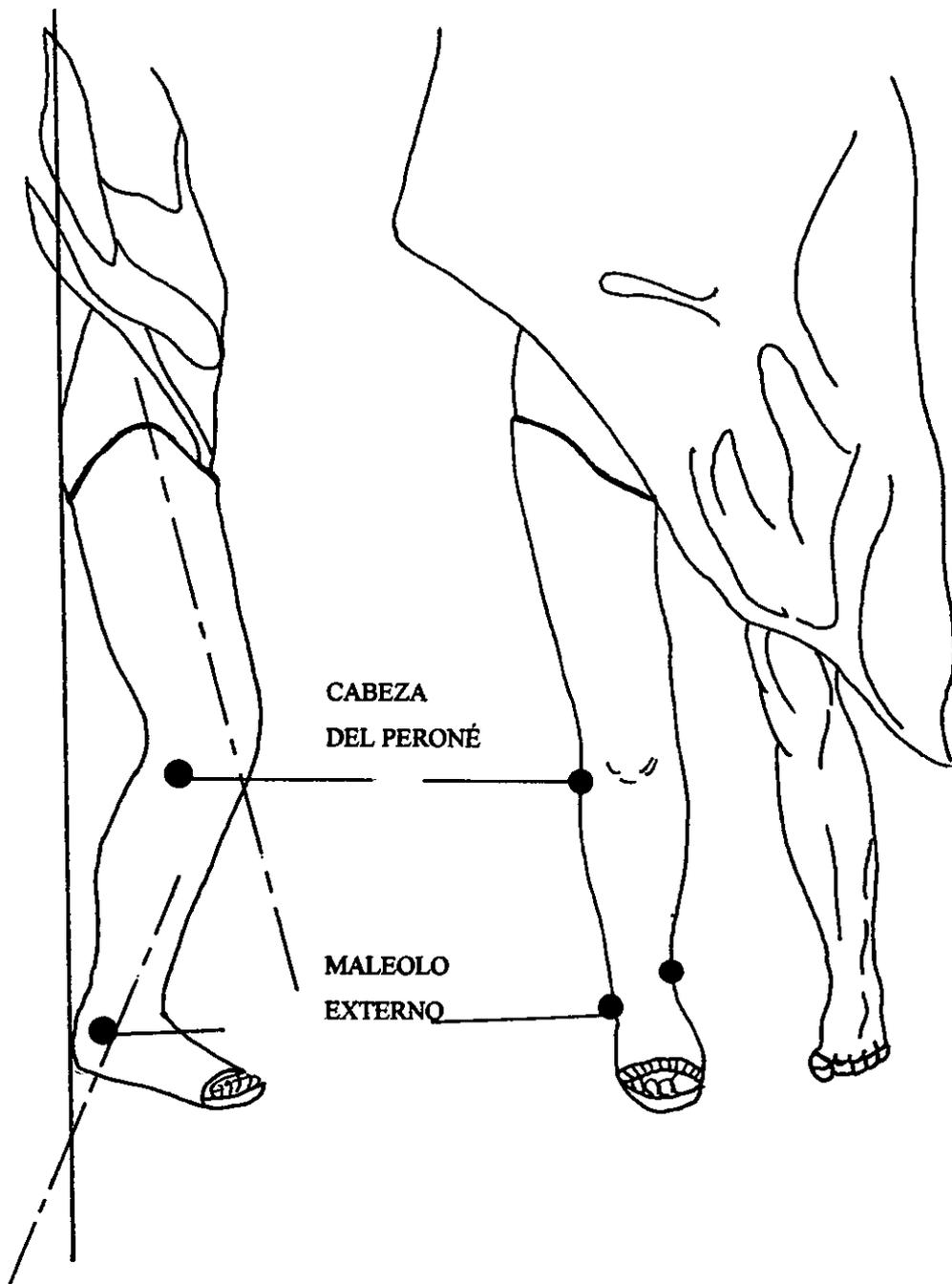


Fig. 16. APARATO DE YESO INGUTNO-PEDIO O BOTA LARGA.

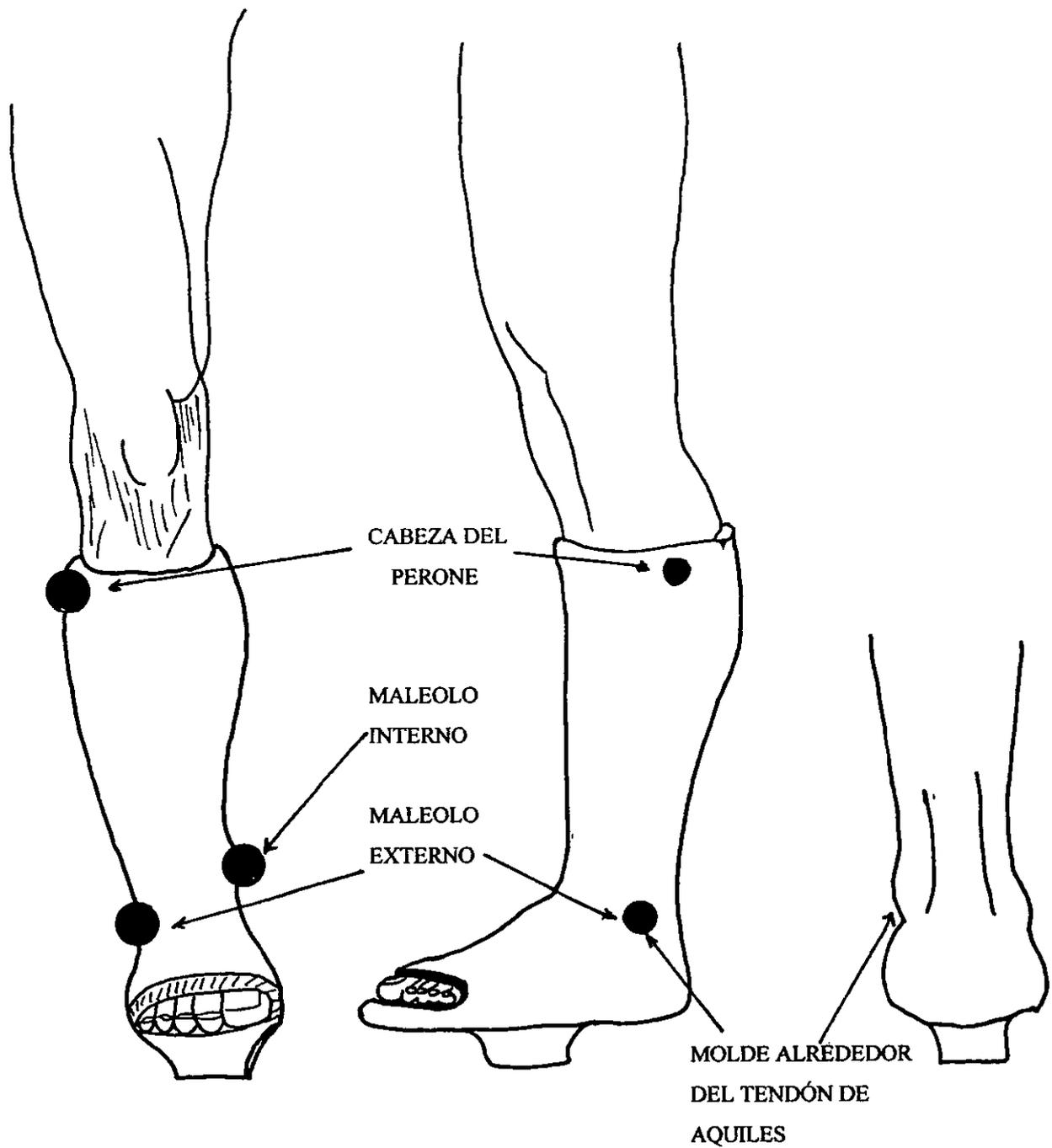


Fig. 17. BOTA CORTA DE YESO CON DISPOSITIVO PARA LA MARCHA

Fig. 18. TUBO DE YESO

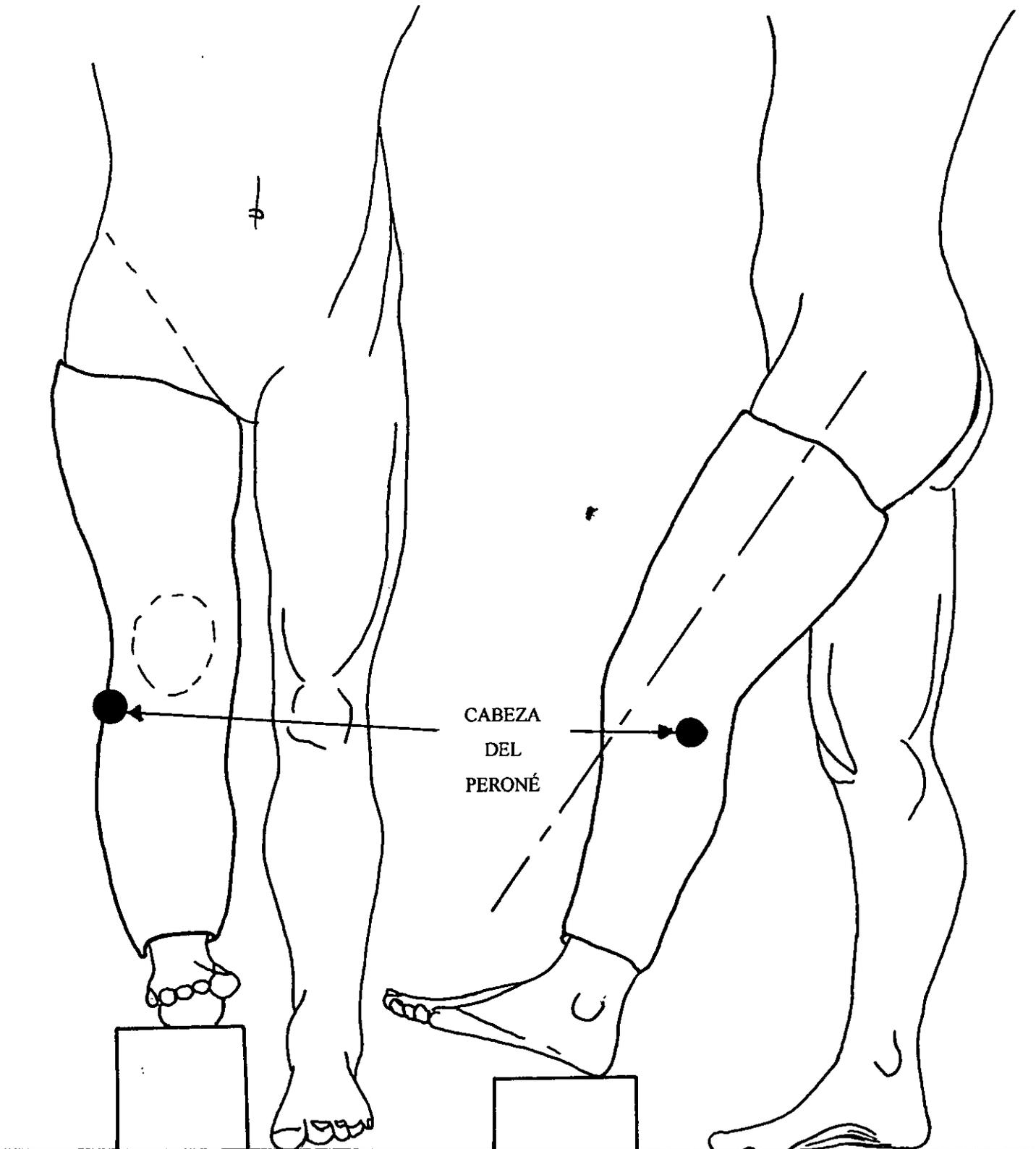
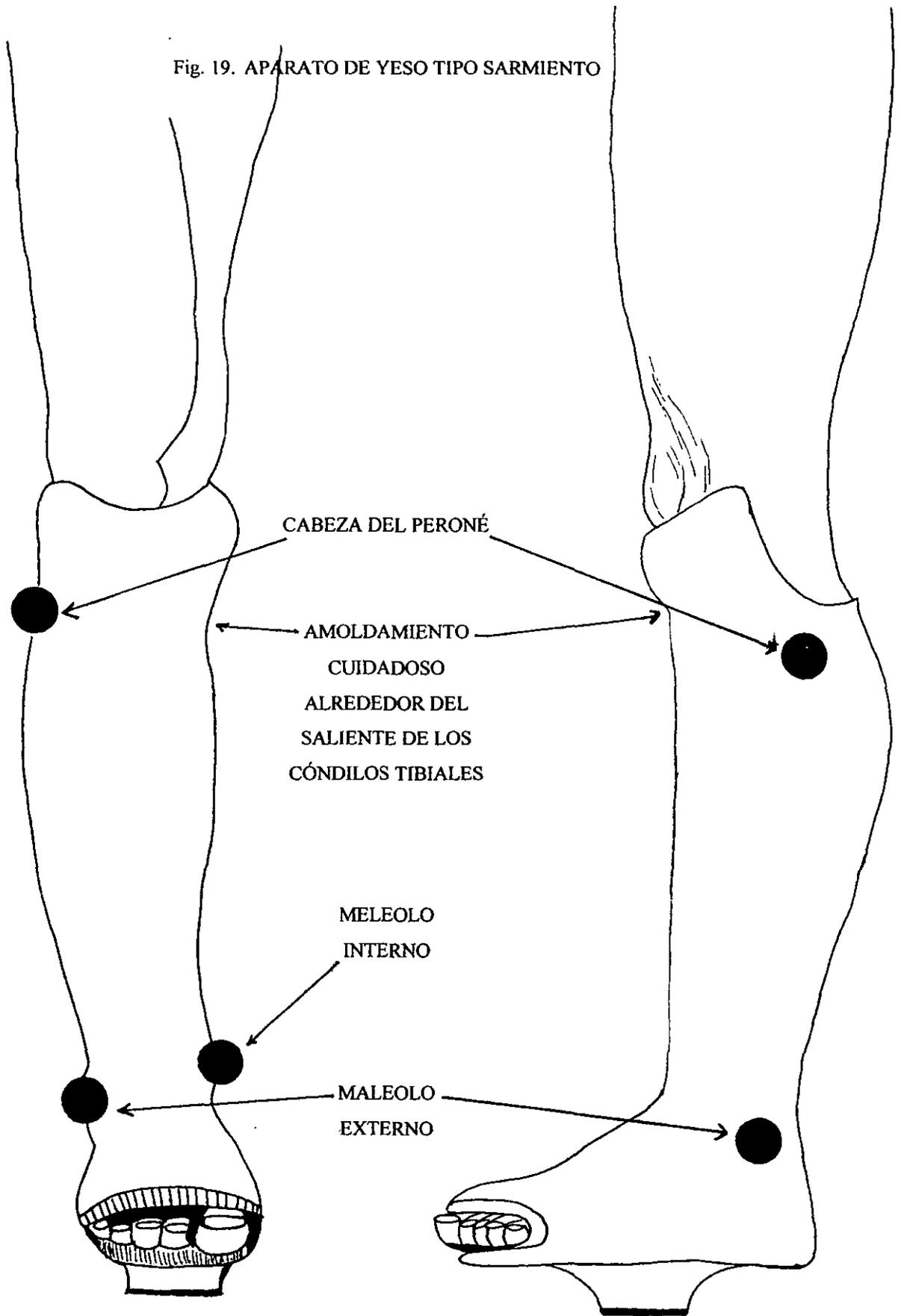


Fig. 19. APARATO DE YESO TIPO SARMIENTO



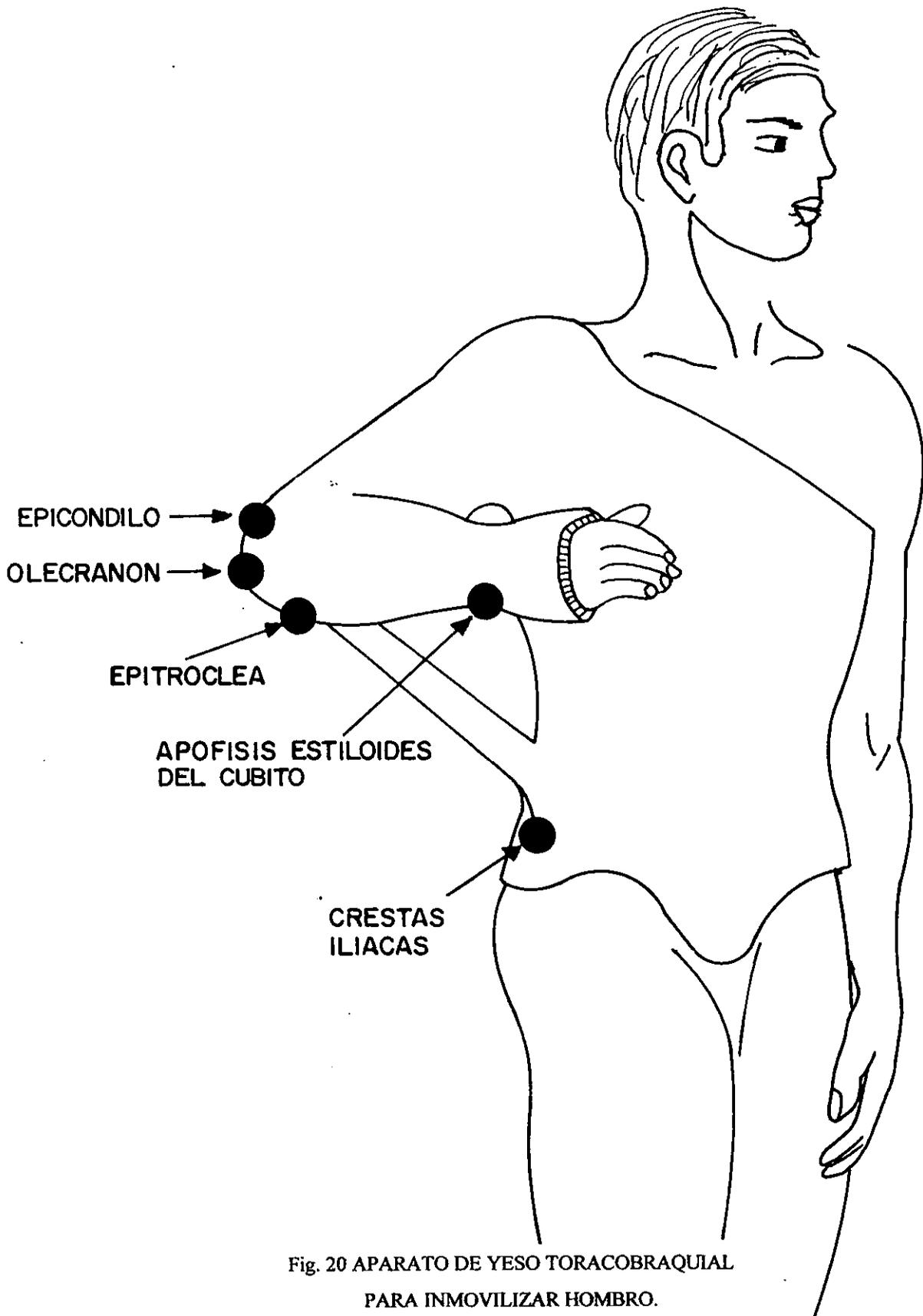


Fig. 20 APARATO DE YESO TORACOBRAQUIAL
PARA INMOVILIZAR HOMBRO.

"NO SE DEBE HACER"

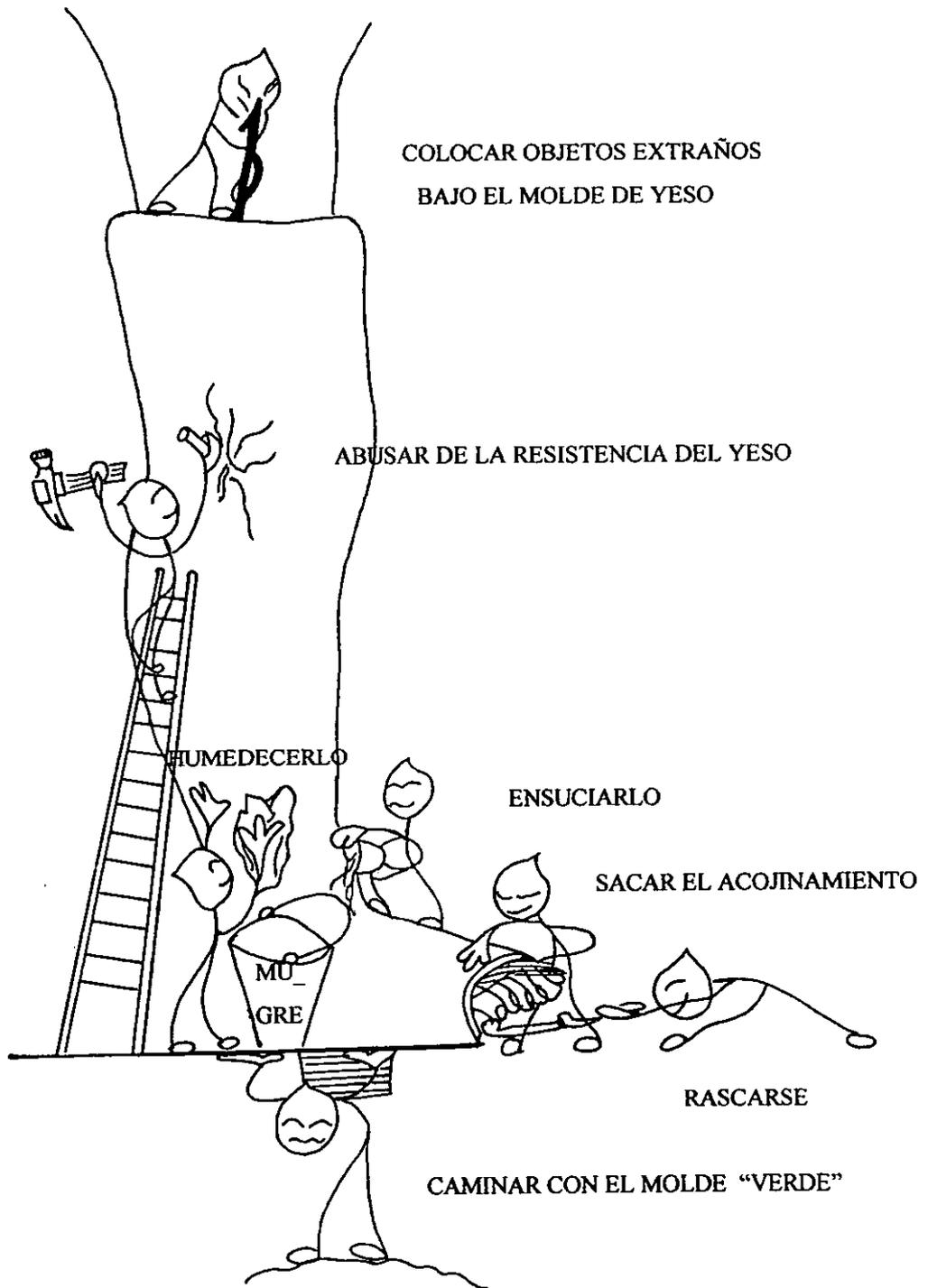


Fig.21. CUIDADOS DEL MOLDE DE YESO.

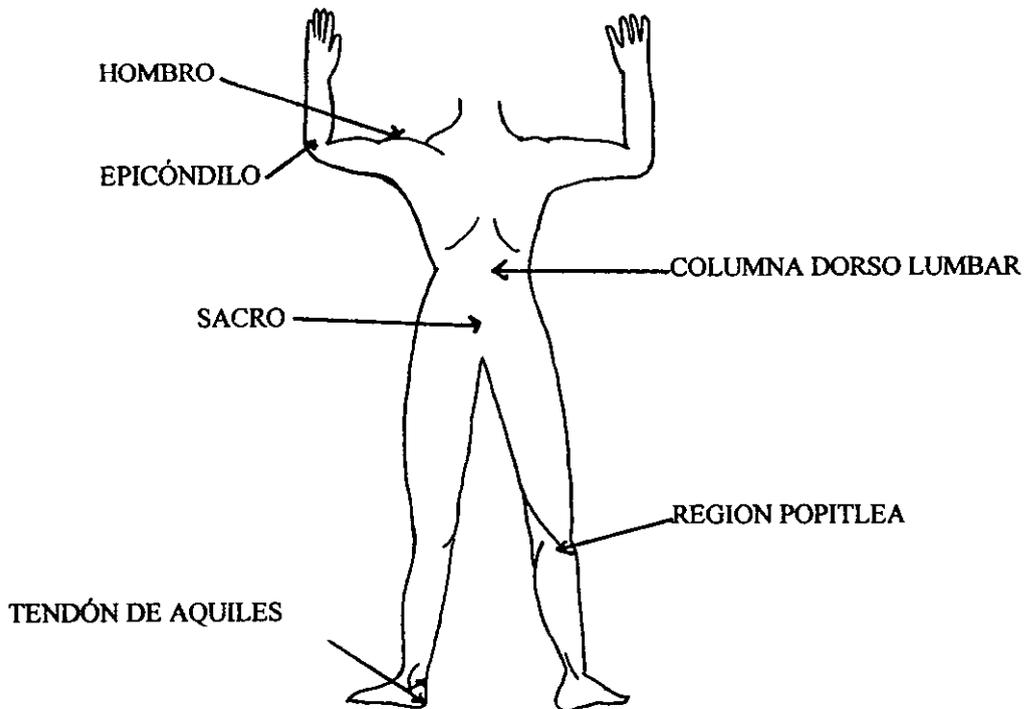
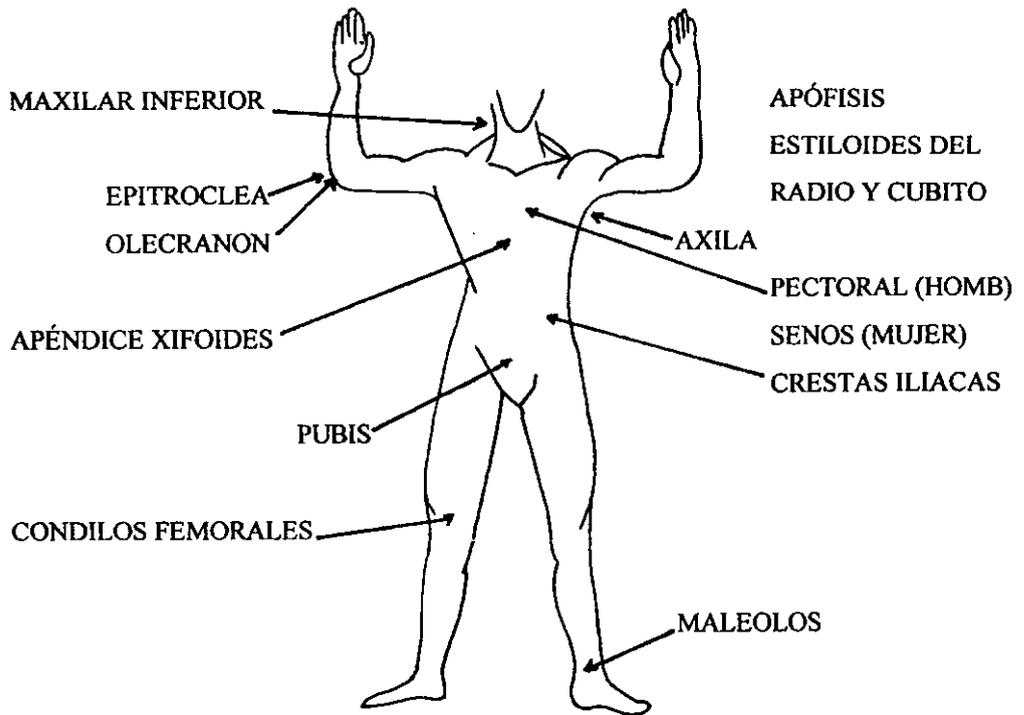


Fig. 22. ESQUEMA QUE MUESTRA LAS AREAS QUE SE DEBEN PROTEGER

4.3.5. CURACIONES Y RETIRO DE PUNTOS

4.3.5.1. CONCEPTO.

Son las acciones que permiten mantener limpia una herida.

4.3.5.2. OBJETIVOS.

4.3.5.2.1. Favorecer la cicatrización.

4.3.5.2.2. Evitar las infecciones.

4.3.5.3. PRINCIPIOS.

4.3.5.3.1. El agua y el jabón sirven de arrastre mecánico.

4.3.5.3.2. Los gérmenes patógenos se proliferan al encontrar un ambiente adecuado.

4.3.5.4. MATERIAL

4.3.5.4.1. Guantes estériles.

4.3.5.4.2. Gasas estériles.

4.3.5.4.3. Jabón quirúrgico.

4.3.5.4.4. Benzal.

4.3.5.4.5. Solución salina isotónica.

4.3.5.4.6. Tijera para retirar puntos.

4.3.5.4.7. Microporo.

4.3.5.4.8. Torundas.

4.3.5.4.9. Tela adhesiva.

4.3.5.4.10. Vendas elásticas.

4.3.5.4.11. Benjuí.

4.3.5.4.12. Equipo de curación.

4.3.5.4.13. Pinza de traslado.

4.3.5.4.14. Recipiente para desechos.

4.3.5.5. TECNICA.

4.3.5.5.1. Aplicar los principios y normas generales.

4.3.5.5.2. Mantener la individualidad del paciente.

- 4.3.5.5.3. Dar la posición adecuada.
- 4.3.5.5.4. Descubrir la región y retirar el apósito o gasas contaminadas.
- 4.3.5.5.5. Abrir el equipo de curaciones.
- 4.3.5.5.6. Tomar la pinza de Kelly y una gasa humedeciéndola con isodine espuma o el antiséptico indicado.
- 4.3.5.5.7. Limpiar la herida siguiendo los principios de asepsia (ver fig. 23).
- 4.3.5.5.8. Verter la solución fisiológica o agua estéril para eliminar la solución antiséptica.
- 4.3.5.5.9. Tomar otra gasa humedeciéndola con isodine espuma y limpiar contornos de la herida.
- 4.3.5.5.10. Verter solución fisiológica para eliminar la solución antiséptica.
- 4.3.5.5.11. Secar el área con la técnica de esponjear.
- 4.3.5.5.12. Cubrir la herida con gasa y/o apósito estéril, fijándola con microporo o tela adhesiva.
- 4.3.5.5.13. Vendar la región si esta indicado.
- 4.3.5.5.14. Si contamos con que es una herida contaminada repetir la asepsia cuantas veces sea necesaria y aplicar medicamento local si está indicado.
- 4.3.5.5.15. Dejar cómodo al paciente.
- 4.3.5.5.16. Dar indicaciones específicas al paciente ordenadas por el médico y recordarle registre su nueva cita.
- 4.3.5.5.17. Si se ordena retiro de puntos, realizamos el mismo procedimiento y entonces se retiran los puntos totales o alternos según se indique (ver fig. 24).
- 4.3.5.5.18. Colocar vendotes de sujeción a la herida e indicarle al paciente como debe cuidarse y tener

presente cualquier dato de alarma, como separación de los bordes en los que deberá acudir con su médico.

4.3.5.5.19. Aseo de la Unidad y manejo de los desechos contaminados adecuadamente.

4.3.5.6. PRECAUCIONES.

4.3.5.6.1. Nunca volver a tocar la parte limpia de la herida con la misma gasa.

4.3.5.6.2. Evitar el uso de dos antisépticos al mismo tiempo.

4.3.5.6.3. Emplear las soluciones a temperatura adecuada.

4.3.5.7. FLUJOGRAMA CURACION Y RETIRO DE PUNTOS.

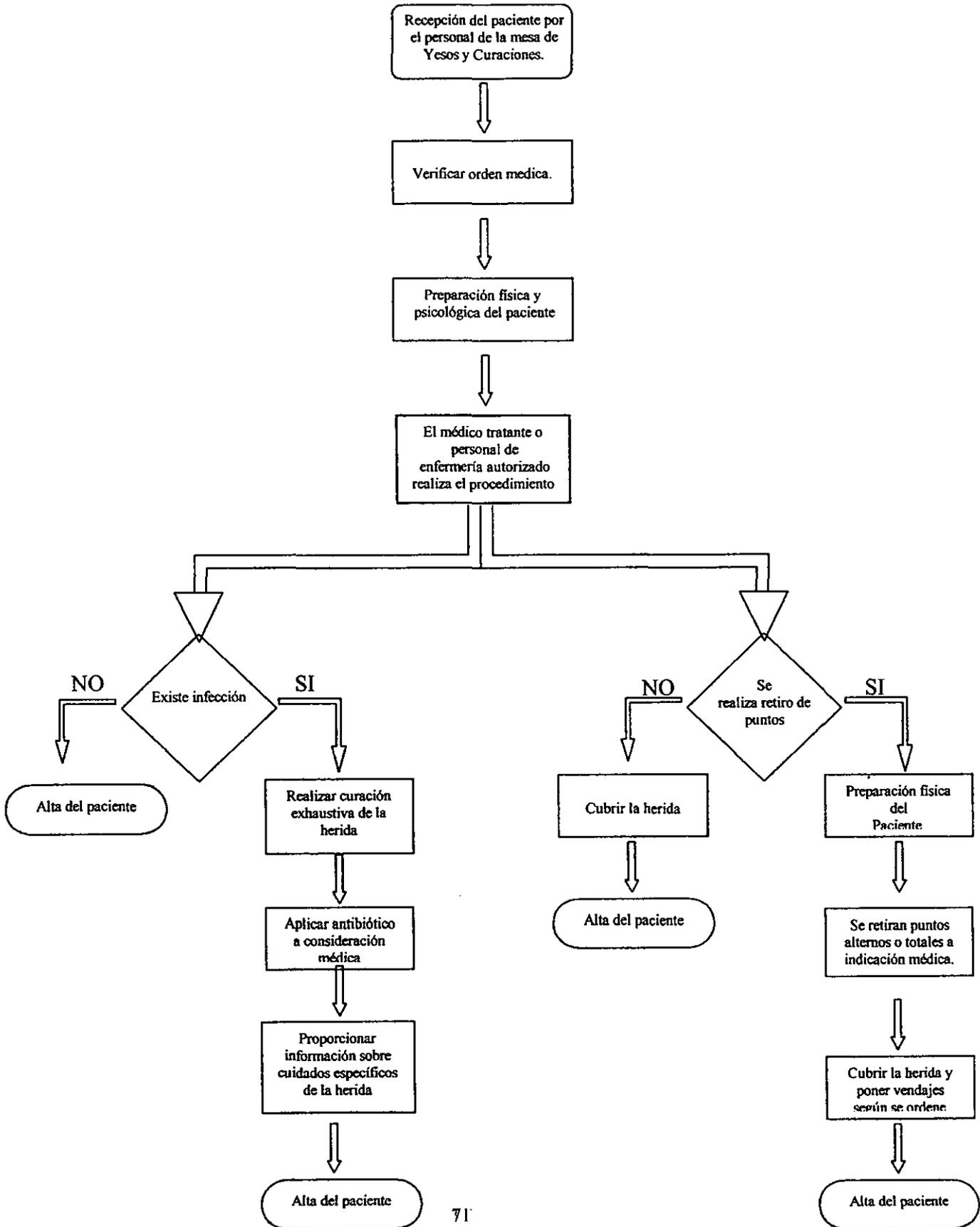


Fig. 23. CURACIÓN DE HERIDAS,
SIGUIENDO EL PRINCIPIO DEL CENTRO A LA PERIFERIA

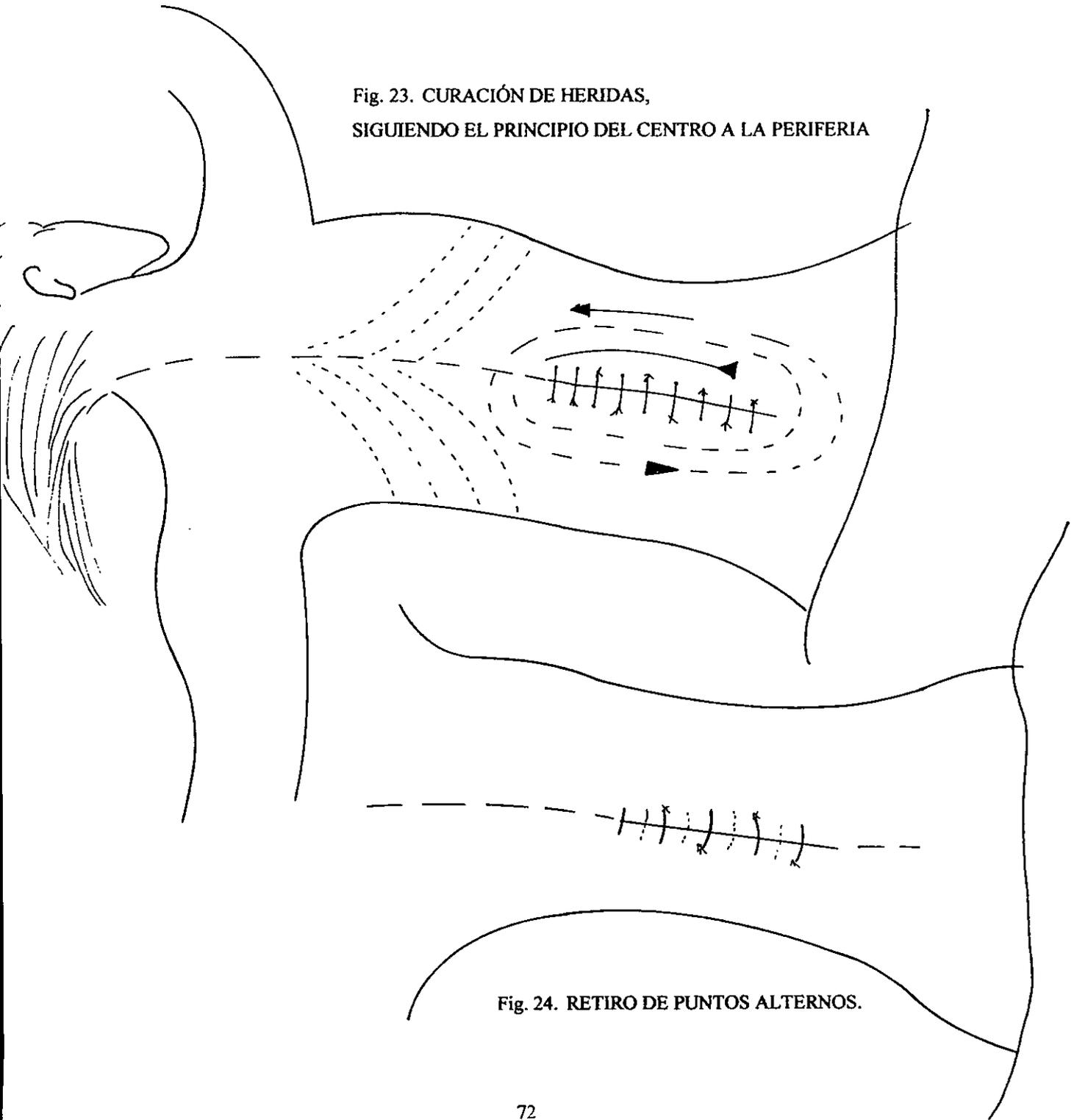


Fig. 24. RETIRO DE PUNTOS ALTERNOS.

4.3.6. INFILTRACIONES ARTICULARES.

4.3.6.1. CONCEPTO

Es la introducción de un anestésico con o sin esteroide, a través de una aguja hipodérmica intra o extraarticular, con fines de diagnóstico o terapéutico y realizado con técnica aséptica.

4.3.6.2. REGION ANATOMICA

4.3.6.2.1. Hombro.

- Gleno humeral.
- Acromio clavicular

4.3.6.2.2. Columna lumbar.

4.3.6.2.3. Rodilla.

4.3.6.2.4. Espolón calcáneo.

4.3.6.3. MATERIAL

4.3.6.3.1. Guantes estériles.

4.3.6.3.2. Alcohol.

4.3.6.3.3. Isodine espuma.

4.3.6.3.4. Xilocaina simple al 2%.

4.3.6.3.5. Xilocaina con Epinefrina.

4.3.6.3.6. Gasas estériles.

4.3.6.3.7. Vendas elásticas.

4.3.6.3.8. Aguja # 20x38 y una 22x32.

4.3.6.3.9. Torundas.

4.3.6.4. TECNICA.

4.3.6.4.1. Preparación física y psicológica del paciente.

4.3.6.4.2. Explicarle el procedimiento.

4.3.6.4.3. El médico realiza la asepsia.

4.3.6.4.4. Se le provee al médico de una jeringa, Xilocaina y el medicamento por infiltrar.

- 4.3.6.4.5. El médico palpa la región, interrogando al paciente sobre la porción dolorosa.
- 4.3.6.4.6. El médico infiltra con Xilocaína la periferia del área a infiltrar.
- 4.3.6.4.7. Se introduce el aguja lentamente, aspirando antes de introducir el medicamento.
- 4.3.6.4.8. Si no se encuentra exceso de alguna secreción interna se introduce el medicamento lentamente.
- 4.3.6.4.9. Se extrae el aguja lentamente haciendo compresión suave de la zona infiltrada.
- 4.3.6.4.10. Se retira el exceso de isodine espuma y si lo indica el médico tratante se aplicará un aparato de yeso, (según la región infiltrada), vendaje elástico o simplemente se presiona por cinco minutos y se le deja cubierta el área de punción.
- 4.3.6.4.11. Dejar cómodo al paciente y permitirle que repose en tanto le pasa la molestia.
- 4.3.6.4.12. Egreso del paciente, haciendo la observación de que registre su cita según indicaciones del médico.

4.3.6.5. PRECAUCIONES

- 4.3.6.5.1. Indicarle al paciente que es importante que durante el procedimiento no se vaya a mover, pues podría lastimarse inevitablemente.
- 4.3.6.5.2. Para la infiltración de columna lumbar deberá mantenerse al paciente en posición fetal, con la barbilla y rodillas pegadas al pecho (ver fig. 25). El médico realiza la punción entre la cuarta y quinta vértebra lumbar.

- 4.3.6.5.3. Para la infiltración en rodilla se mantendrá sentado en la mesa de curaciones, descansando los pies sobre un banco de altura.
- 4.3.6.5.4. Hacerle saber que tendrá una molestia tipo ardorosa que desaparecerá por la tarde o hasta 24 horas después.
- 4.3.6.5.5. Sugerirle que puede ponerse un poco de hielo en la región infiltrada para que la molestia provocada por infiltración desaparezca pronto.

4.3.6.6. FLUJOGRAMA INFILTRACIONES ARTICULARES.

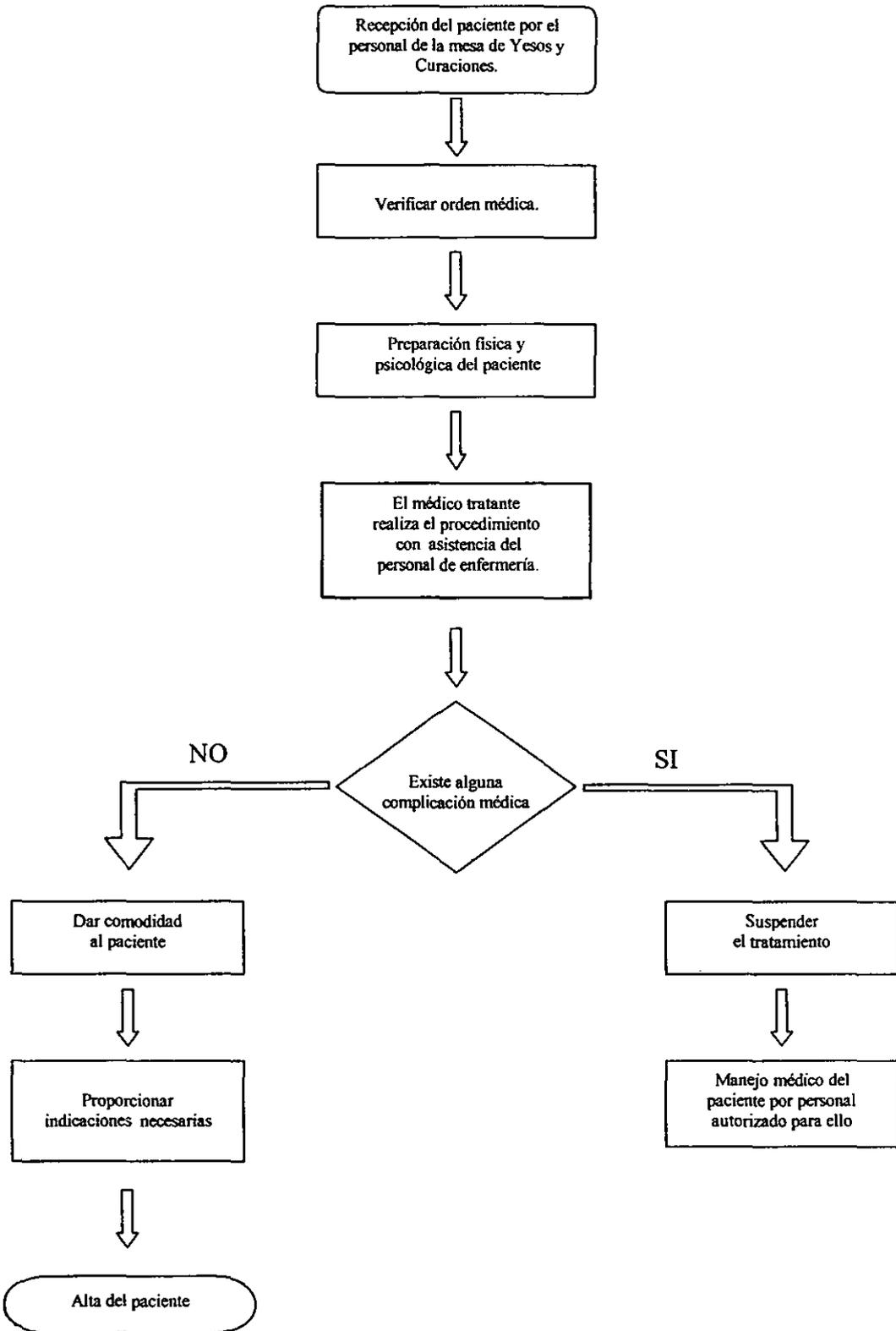
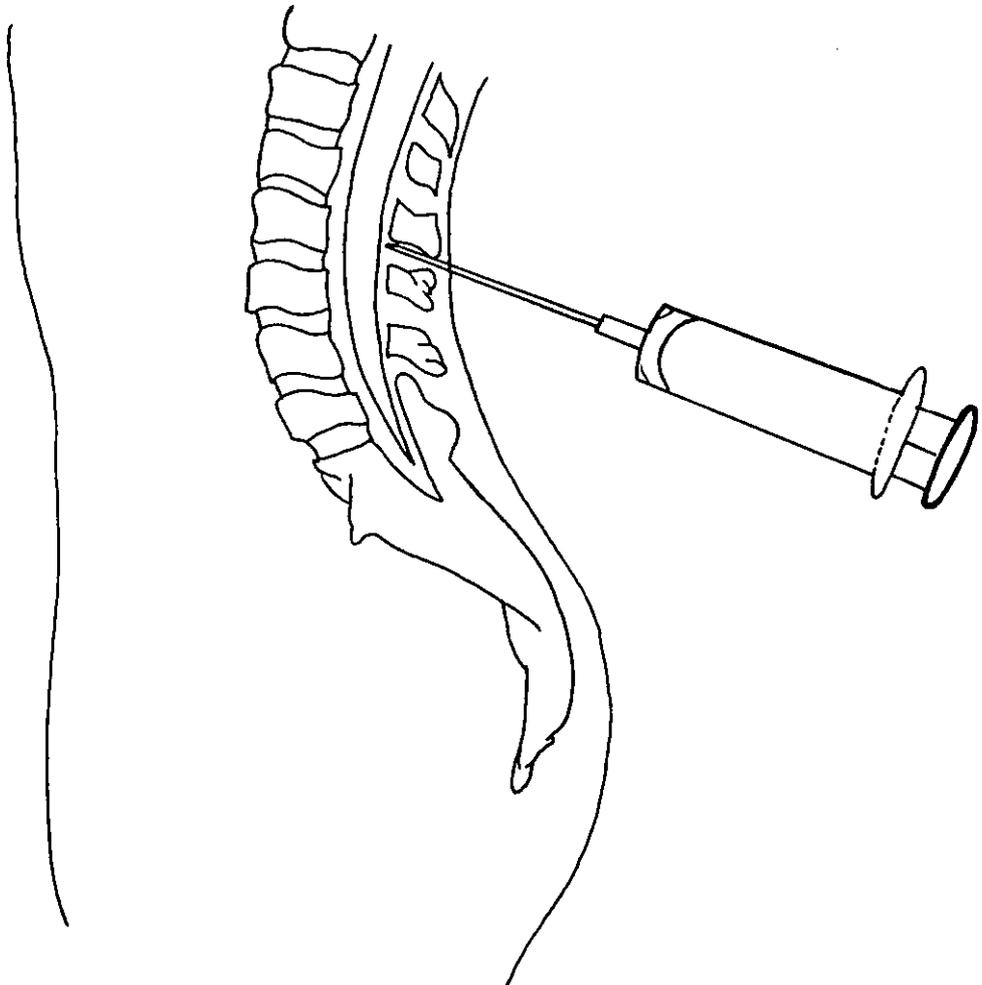
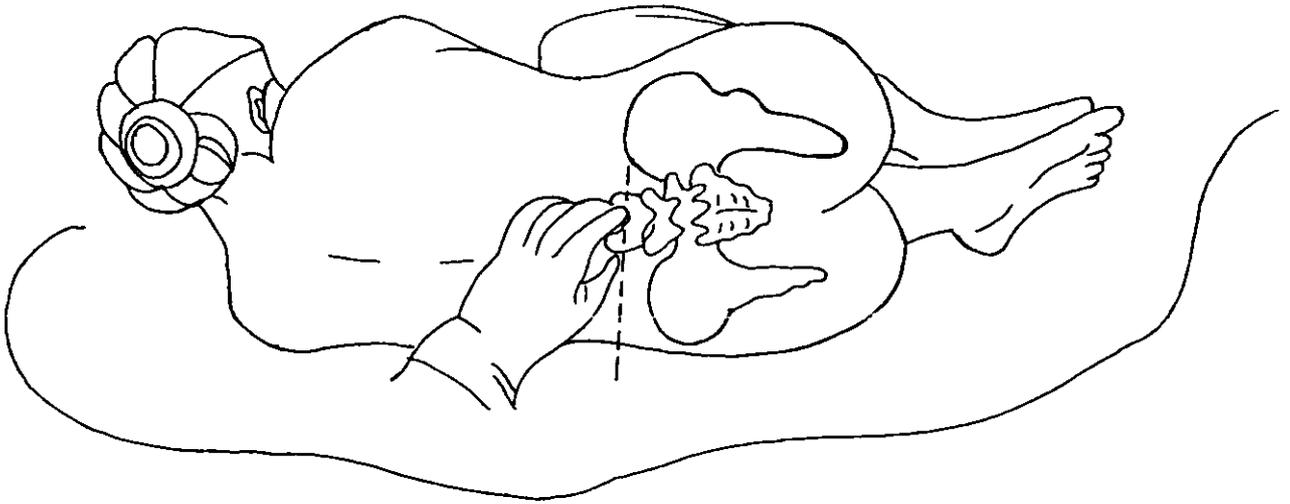


Fig. 25. INFILTRACIÓN ARTICULAR EN COLUMNA LUMBAR.



4.3.7. RESECCIÓN DE QUISTE SINOVIAL

4.3.7.1. CONCEPTO

Es la resección de tejido sinovial encapsulado en una vaina sinovial causado por el debilitamiento del tejido de la cápsula articular.

4.3.7.2. MATERIAL

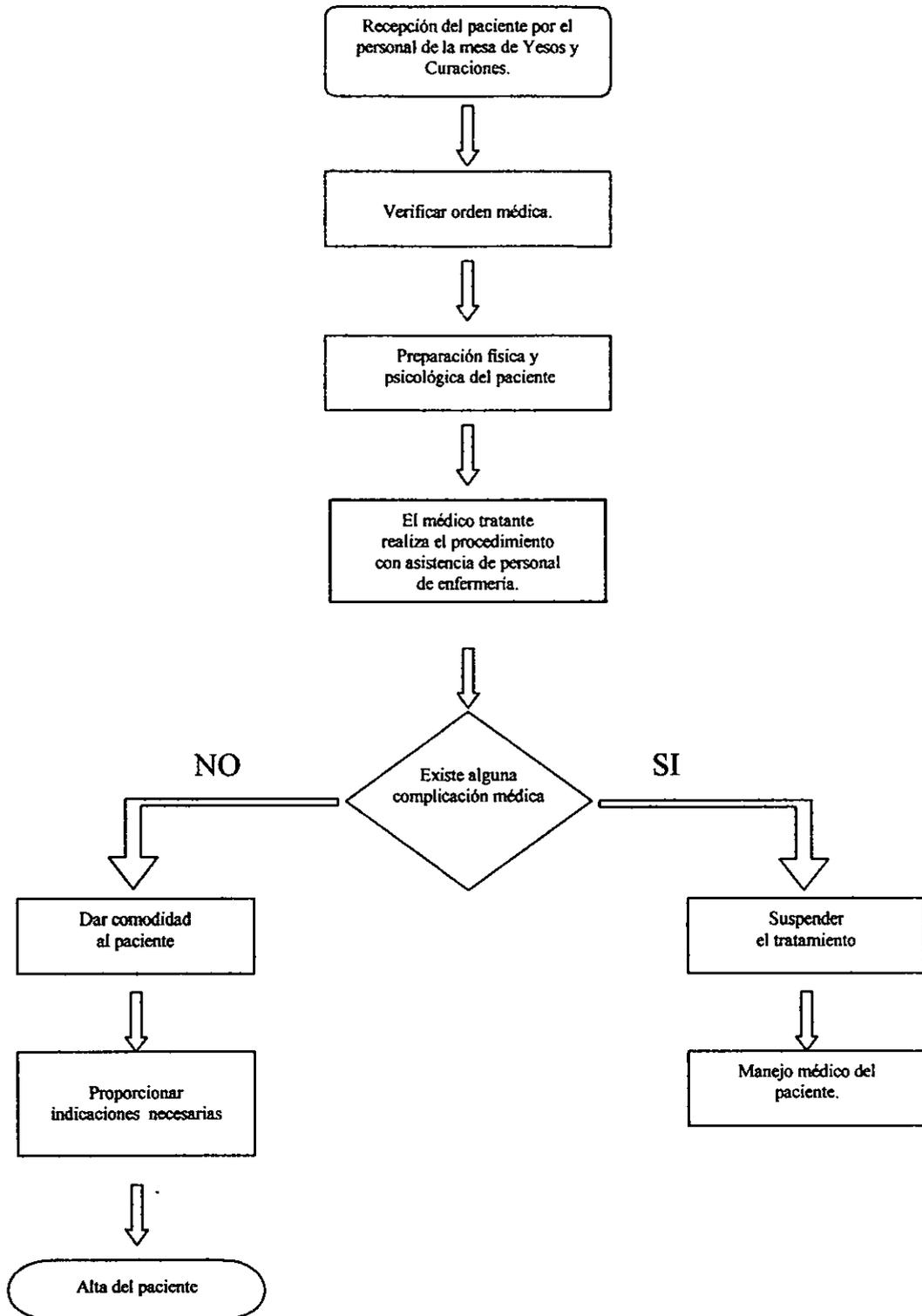
- 4.3.7.2.1. Guantes estériles.
- 4.3.7.2.2. Gasas.
- 4.3.7.2.3. 20 ml. de isodine espuma.
- 4.3.7.2.4. 20 ml. de alcohol.
- 4.3.7.2.5. Jeringa de 5 ml.
- 4.3.7.2.6. 1 Aguja de 20-32 y 22x38.
- 4.3.7.2.7. 5 ml. de Xilocaína simple.
- 4.3.7.2.8. 1 Cubrebocas.
- 4.3.7.2.9. 1 Venda elástica de 5 cms.
- 4.3.7.2.10. 1 Hoja de bisturí # 15 ó 20
- 4.3.7.2.11. 1 Equipo de pequeña cirugía.
- 4.3.7.2.12. Solución salina. isotónica.
- 4.3.7.2.13. 1 Sutura Dermalón 4-0 o Vikril 4-0.

4.3.7.3. TECNICA.

- 4.3.7.3.1. Recepción del paciente en la mesa de Yesos y Curaciones.
- 4.3.7.3.2. Verificar la indicación médica.
- 4.3.7.3.3. Dar preparación física y psicológica del paciente.
- 4.3.7.3.4. Mantener la individualidad del paciente.
- 4.3.7.3.5. Explicarle el procedimiento.
- 4.3.7.3.6. Proporcionarle al médico un par de guantes estériles.

- 4.3.7.3.7. Una vez que se ha calzado los guantes darle gasas y solución antiséptica (isodine espuma) para que realice la asepsia.
- 4.3.7.3.8. Se le proporciona solución salina isotónica para que enjuague el excedente de isodine.
- 4.3.7.3.9. Se abre el equipo quirúrgico, colocándolo en la mesa Pasteur, y se presenta con técnica quirúrgica.
- 4.3.7.3.10. Se le presenta la jeringa con el aguja # 22x38 y la Xilocaína simple al 2%, cambia el aguja y procede a delimitar el quiste realizando la infiltración.
- 4.3.7.3.11. Vestir la mano del paciente con técnica quirúrgica.
- 4.3.7.3.12. Con el mango de bisturí preparado realiza una pequeña incisión en la línea media del quiste disecándolo y lo extrae procurando no lesionar vasos sanguíneos y tejido nervioso haciendo al mismo tiempo hemostasia.
- 4.3.7.3.13. Explora el sitio y procede a suturar con Dermalón o Vikril 4-0.
- 4.3.7.3.14. Se realiza una curación, limpiando el excedente de isodine y se coloca férula o vendaje según se indique.
- 4.3.7.3.15. Egreso del paciente.
- 4.3.7.3.16. Recordarle al paciente registre su nueva cita para revaloración.
- 4.3.7.3.17. Aseo el cuarto de curaciones.

4.3.7.4. FLUJOGRAMA RESECCION DE QUISTE SINOVIAL.



4.3.8.. RETIRO DEL APARATO DE YESO

4.3.8.1. CONCEPTO

Es la sección longitudinal de un aparato de yeso, una vez que se ha cubierto del objetivo de su aplicación.

4.3.8.2. INDICACIONES PARA EL RETIRO

Puede hacerse necesario debido a las siguientes razones:

- 4.3.8.2.1. Porque ya no es necesario.
- 4.3.8.2.2. Para reposicionar el miembro afectado cuando ha cedido el edema.
- 4.3.8.2.3. Cuando se necesita analizar en detalle una radiografía.
- 4.3.8.2.4. Cuando el tiempo requerido de inmovilización se ha cumplido o
- 4.3.8.2.5. Cuando el aparato ha sido dañado por el tiempo o por el uso prolongado.

4.3.8.3. FORMAS

- 4.3.8.3.1. Bivalvar.
- 4.3.8.3.2. Retiro parcial
- 4.3.8.3.3. Retiro total.
- 4.3.8.3.4. Refuerzo.
- 4.3.8.3.5. Cambio.

4.3.8.4. MATERIAL Y EQUIPO

- 4.3.8.4.1. Sierra eléctrica oscilante.
- 4.3.8.4.2. Pinza abre-yeso.
- 4.3.8.4.3. Tijera de Lister (de botón).
- 4.3.8.4.4. Mango de bisturí # 7
- 4.3.8.4.5. Hoja de bisturí # 24
- 4.3.8.4.6. Cizalla (grande o pequeña)

4.3.8.4.7. Cresta para sección de pequeñas áreas.

4.3.8.4.8. Escalpelo.

4.3.8.5. TÉCNICA.

4.3.8.5.1. Debe explicársele al paciente el procedimiento y hacerle hincapié en que la sierra no corta la piel, porque no da vueltas, sino solamente oscila. Sin embargo, debe recordarse que si se aplica presión sostenida con ella, sobre todo en un área con poco tejido graso (las partes más peligrosas son las prominencias óseas del tobillo, la cabeza del peroné y la muñeca) puede cortarse la piel. Para darle mayor seguridad al paciente puede tocarse la sierra, en movimientos con los dedos o la palma de la mano.

4.3.8.5.2. Si procedemos a la remoción por medio de la cizalla cuya sujeción y manejo deben ser realizados con precaución, se iniciará la maniobra por uno de los bordes del yeso; para poder introducir la hoja se protege la piel, procurándose seleccionar siempre regiones blandas y depresiones subyacentes al aparato, de tal modo que permita el fácil deslizamiento del instrumento.

4.3.8.5.3. Se inicia por cualquiera de los extremos y se hace presión hasta que se sienta que falta el apoyo, en este momento se quita la presión rápidamente y se pasa al punto vecino. Esto se repite sucesivamente hasta que toda la longitud sea cortada.

4.3.8.5.4. Se emplea el separador para abrir el yeso, esto se logra metiendo las hojas del mismo en el área ya cortada y juntando los manubrios hasta que el yeso

cede y se separa. La maniobra se repite en varias áreas hasta que la separación sea completa.

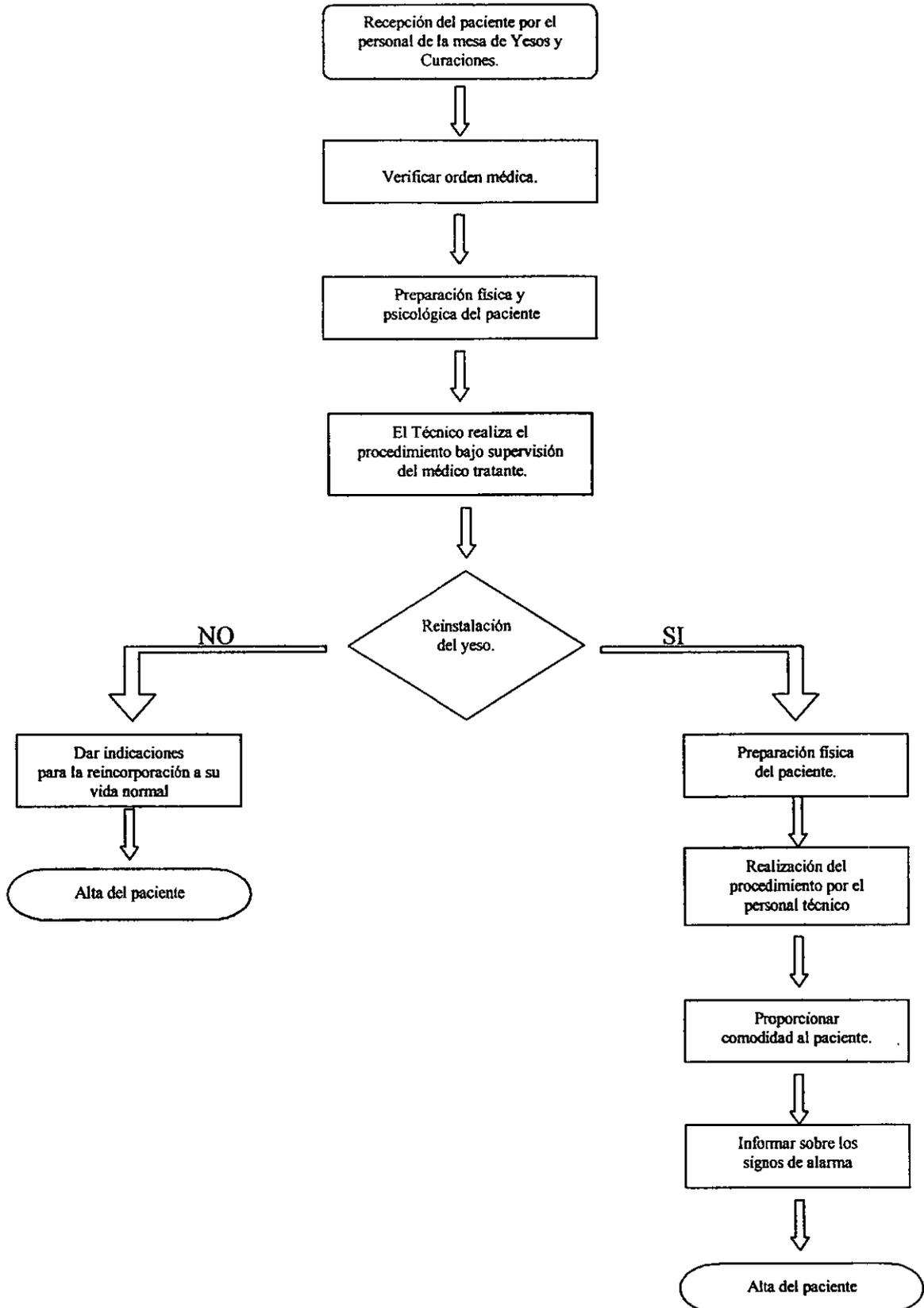
- 4.3.8.5.5. Después se utilizan las tijeras para cortar la huata, siempre deben usarse tijeras de Lister para evitar cortar la piel del paciente y nunca se utilizarán tijeras de punta aguda (ver fig. 27).
- 4.3.8.5.6. Suele indicarse fisioterapia para recuperar la movilidad o bien puede ser preciso enseñar al paciente a caminar con muletas en caso necesario.
- 4.3.8.5.7. Nunca debe forzarse una articulación que haya estado inmovilizada por un yeso.
- 4.3.8.5.8. Aplicar vendaje si se encuentra indicado.
- 4.3.8.5.9. Cuando el enyesado se divide en dos valvas para disminuir el edema, debe cortarse en toda su longitud, abrirse discretamente y cortar los materiales suaves por debajo de él, previa indicación médica (ver fig. 26).
- 4.3.8.5.10. Si se corta un fragmento de yeso en la zona de una curación o de un área de presión, a esto se le llama “penetración”. El yeso se corta en forma mencionada y se saca una ventana usando el separador. El acolchonamiento que se encuentra abajo puede o no cortarse. El fragmento retirado vuelve a colocarse usando tela adhesiva, yeso o un vendaje elástico, ya que si no se hace, el paciente presenta o puede presentar edema llamado “edema de ventana” (ver fig. 28)
- 4.3.8.5.11. Preguntarle al paciente si presenta alguna molestia.
- 4.3.8.5.12. Dejar cómodo al paciente.

- 4.3.8.5.13. Darle instrucciones al paciente sobre el manejo de su enyesado o el retiro del yeso y verifique su nueva cita.

4.3.8.6. PRECAUCIONES

- 4.3.8.6.1. Cuando se realiza la remoción del enyesado con la cizalla, es conveniente mantener la posición correcta de los mangos de la misma, fundamentalmente en aquellos lugares en que ha de pasar la parte cortante de la cizalla sobre un territorio angular del aparato enyesado, como el de la piel a nivel del codo.
- 4.3.8.6.2. Nunca se emplea la cizalla de tal modo que su porción protectora apoye sobre hueso, dado que la presión sobre el periostio es extremadamente dolorosa.
- 4.3.8.6.3. La remoción será menos laboriosa si se emplea una sierra eléctrica tipo Stryker, que secciona únicamente las estructuras rígidas, respetando las superficies que no ofrecen resistencia a las oscilaciones, tal como la piel, malla tubular o huata. (ver fig. 29)
- 4.3.8.6.4. El operador emplea la sierra con precaución, máxime si desconoce el grado de acojinamiento y la condición de los tejidos blandos situados bajo el yeso.
- 4.3.8.6.5. No es recomendable que para reblandecer el yeso sea humedecido, porque esto provocará que las hilachas vuelen a las cuchillas y propicie un accidente, encontrándose duro el yeso será mejor seccionado.

4.3.8.7. FLUJOGRAMA RETIRO DEL APARATO DE YESO



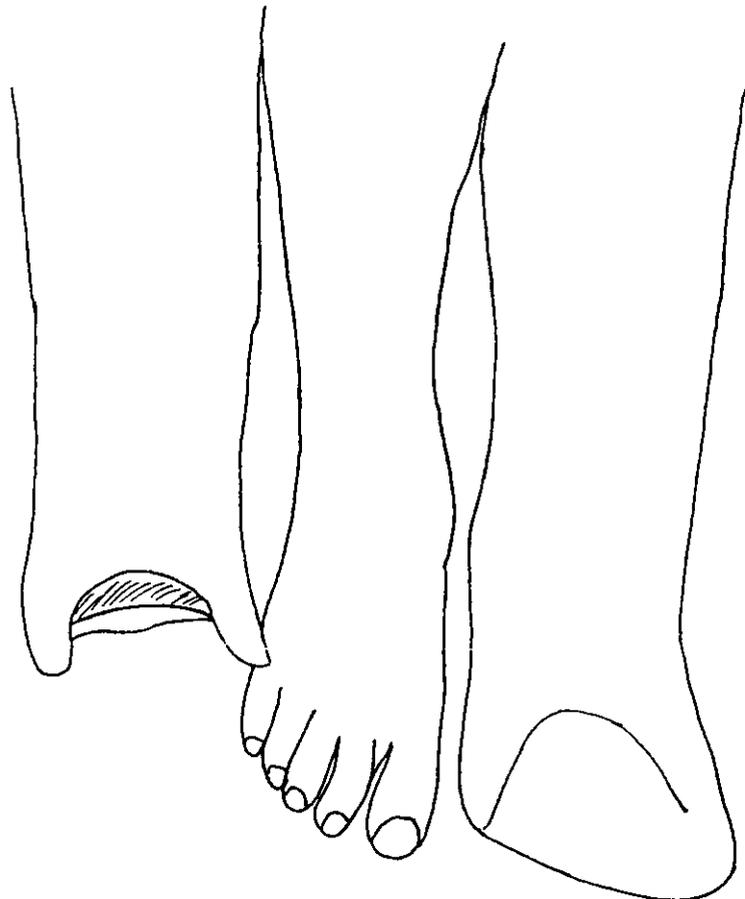


Fig. 26 RETIRO DE YESO
BIVALVADO, QUE
TAMBIÉN PUEDE
EMPLEARSE COMO
FÉRULA

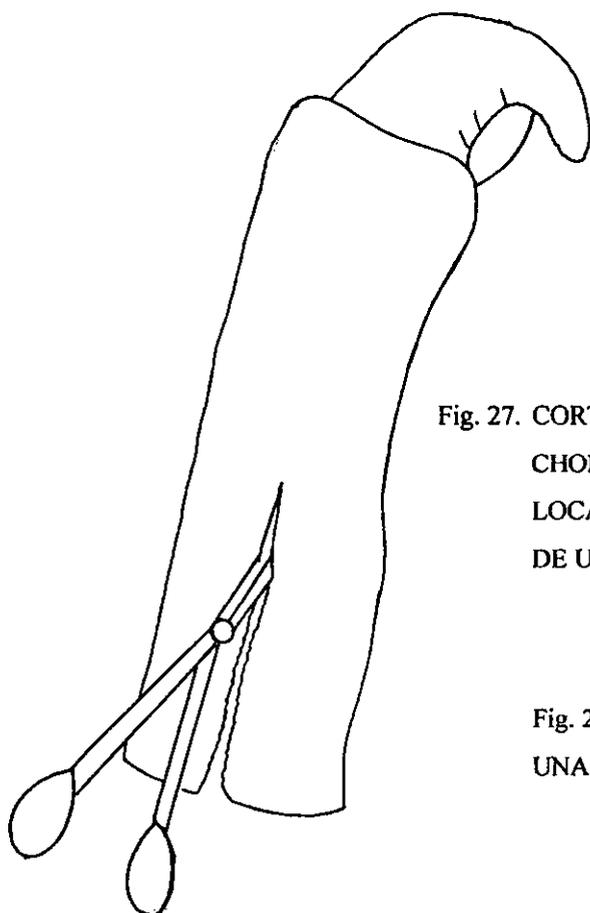
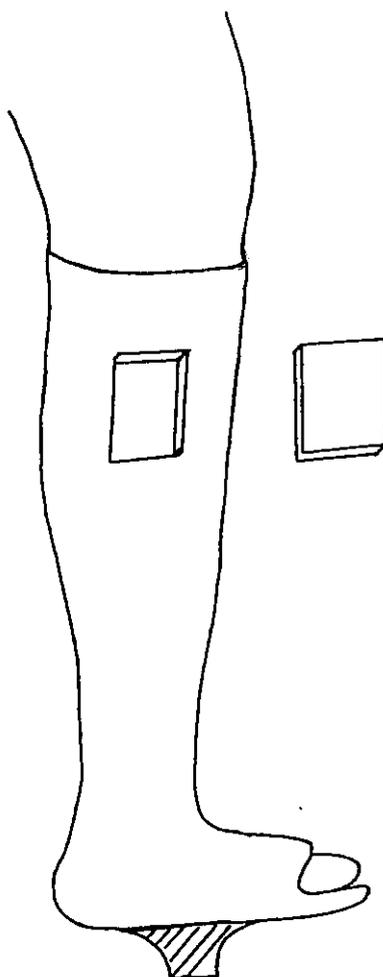


Fig. 27. CORTE DEL ACOL_
CHONAMIENTO
LOCALIZADO ABAJO
DE UN YESO.

Fig. 28. CORTE DE
UNA VENTANA ----->



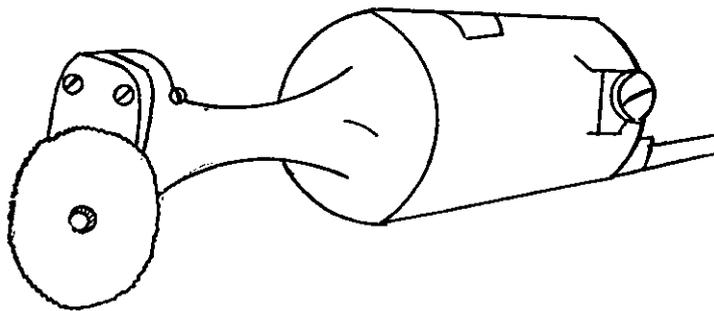
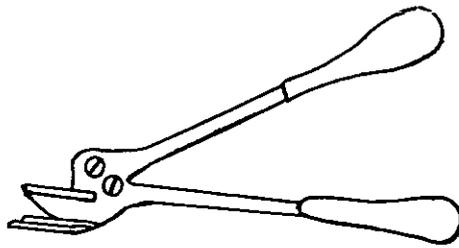
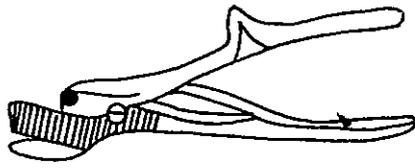


Fig. 29. PINZAS PARA RETIRO DE YESO Y SIERRA ELECTRICA OSCILANTE

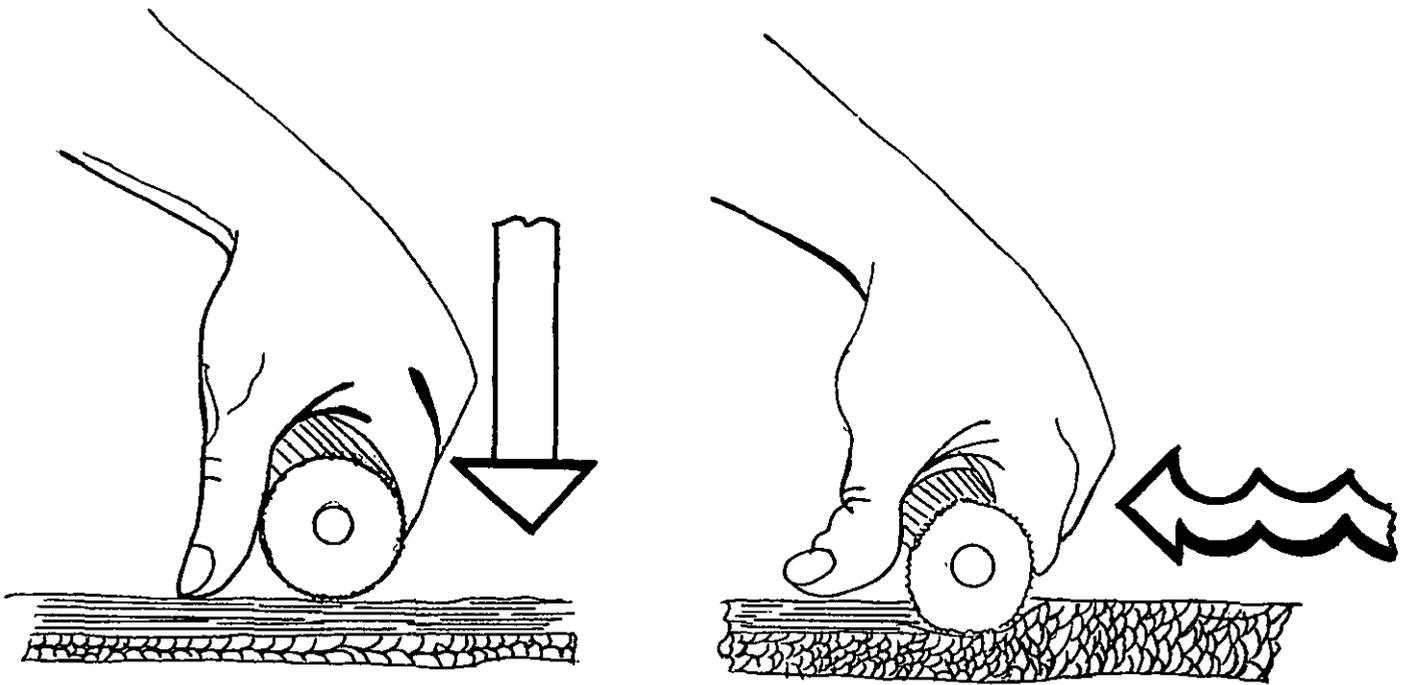


Fig. 30. TÉCNICA DE RETIRO DEL APARATO DE YESO.

5. BIBLIOGRAFIA.

BALDERAS, Pedrero, Ma. de la Luz, Administración de los Servicios de Enfermería, Interamericana, Mc.Graw, Hill, Tercera Edición, 1990 México,

DUHAULT, Krauss. Los manuales de procedimientos de oficinas públicas. UNAM, 1978, México.

DONAHOO. Clara A., Joseph H. Dimon III, Enfermería Ortopédica, Clínica Ortopédica, PEACHTEE, Atlanta, Georgia, E.U.A. P.M.M, 1980. México.

CHARNLEY, El tratamiento incruento de las fracturas frecuentes, Editorial Médica Panamericana, 1976, Argentina.

Du GAS, Tratado de Enfermería Práctica, Editorial Prensa Técnica, S. A., 1981. México.

ELLIS, Harold, et. al, Manual Internacional de Enfermería Quirúrgica, Editorial Calypso, S. A., 1987. México.

HERNANDEZ DE LA ROSA, M., El médico en la administración de hospitales, Editorial Trillas, 1991, México.

J. N. ASTON, Ortopedia y Traumatología, Editorial Salvat, 1973, México.

MARRIER BARQUIN. Administración de los Servicio de Enfermería, Editorial Interamericana, Mc. Graw – Hill, 1996.

PHILIP WILES, Fracturas, luxaciones y esguinces, Editorial Manual Moderno, 1991, México.

VALLS, E. Jorge, Ortopedia y Traumatología, Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 1973, Argentina.

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS, Ortopedia y Traumatología, Editorial Interamericana, 1979, E. U. A.

ROMO Diez Javier, Dr. Historia del yeso, Editorial Johnson and Jonson, 1978, México.

BRUNNER, Nancy A. et. al. Ortopedia para Enfermeras, Editorial Limusa, 1987, México.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Ley Orgánica del Ejército y Fuerza Aérea.

Ley del Instituto de Seguridad social para las Fuerzas Armadas Mexicanas.

Ley General de Salud.

Reglamento para el Servicio Interior de la Secretaría de la Defensa Nacional.

ELABORO :

LA CAP.2/o. ENFERMERA

LUCIA DELIA AGUIRRE MORALES

(A-10016672)

REVISO

LA MAYOR ENFRA. J. DE ENS. E INV.

ANABELL ESTRADA BERNAL

(A-10016172).



APROBO.

BRIG. M.C. DIRECTOR U.E.M.

SECRETARIA
DE LA
DEFENSA NACIONAL
UNIDAD ESPS. MED.
DIRECCION

CARLOS RIVERA RESENDIZ.
(6120565).