

870122
100
1, ej

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ODONTOLOGIA HOSPITALARIA

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
MARIA TERESA VALENCIA ROMERO
Asesor: Dr. Mario Alberto Serna Salinas
GUADALAJARA, JAL., 1986



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 está 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.

I N D I C E.

PAGINA.

		PAGINA.
	INTRODUCCION.	
CAPITULO I	ATRIBUCIONES DEL CIRUJANO PARA CON SU PACIENTE ANTES DEL ACTO QUIRURGICO.....	1
	A) ELABORACION PERSONAL DE UNA HISTORIA CLINICA.....	1
	B) VISITAS PREOPERATORIAS DEL- PROFESIONAL.....	12
CAPITULO II	ORGANIZACION DEL CUERPO MEDICO	15
	A) CUERPO MEDICO ACTIVO.....	17
	B) CUERPO MEDICO ASOCIADO.....	18
	C) CUERPO MEDICO DE CORTESIA..	19
	D) CUERPO MEDICO HONORARIO....	21
	E) CUERPO MEDICO CONSULTOR....	22
	F) DEPARTAMENTOS CLINICOS.....	23
	G) COMITES.....	24
CAPITULO III	EVALUACION MEDICA ANTES DE LA- INTERNACION HOSPITALARIA.....	28
	A) PROGRAMA DE ADMISION.....	28
	B) ORDENES.....	31
	C) HOJA DE INFORMACION SOBRE - SIGNOS VITALES.....	33
	D) NOTAS DEL MEDICO.....	40
CAPITULO IV	PROGRAMACION DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.....	44
	A) PROGRAMACION DEL PACIENTE..	44
	B) MEDICO DEL PACIENTE.....	46
	C) NOTIFICACION DEL PACIENTE..	47
	D) NOTAS PREOPERATORIAS.....	48

cont.... INDICE

CAPITULO V	EQUIPO HUMANO QUIRURGICO Y FUNCION DE CADA UNO DE ELLOS.....	51
	A) SUPERVISORA DE CIRUGIA.....	51
	B) CIRUJANO.....	52
	C) ANESTESISTA.....	52
	D) AYUDANTE.....	53
	E) INSTRUMENTISTA.....	54
	F) CIRCULANTE.....	55
CAPITULO VI	ATRIBUCIONES DEL CIRUJANO DESPUES- DEL ACTO QUIRURGICO.....	56
	A) ORDENES POSOPERATORIAS.....	56
	B) NOTAS O INFORMES OPERATORIO....	61
	C) VISITAS POSOPERATORIAS.....	62
	D) ALTA DEL PACIENTE.....	64
	E) CARPETA HOSPITALARIA.....	65
	CONCLUSIONES.....	102
	BIBLIOGRAFIA.....	103

I N T R O D U C C I O N ,

En la actualidad ha sido grande el avance científico en el campo de la medicina odontológica, no así el uso -- de las técnicas o instrumentos a utilizar, así como de -- historias clínicas, machotes o formatos.

El objetivo de analizar la historia clínica y de valorar las observaciones físicas de manera cuidadosa es -- descubrir los procesos fisiopatológicos que intervienen -- en el problema.

Cuando se conocen estos problemas es posible hacer -- la interpretación clínica y efectuar el diagnóstico.

Estos medios son de suma importancia, ya que lleva-- dos en forma ordenada podemos llegar a un conocimiento -- real de las afecciones presentadas en un paciente.

La omisión de la historia clínica puede conducir a -- situaciones de importancia trascendental para la salud y -- vida del paciente.

Detectando por medio de la historia clínica a pacien-- tes de alto riesgo y a los que tienen problemas de conduc-- ta y de manejo en el consultorio se les puede tratar con--

comodidad y sin riesgo en un lugar más propicio o adecuado.

Por tal motivo, mi propósito al desarrollar esta tesis es el destacar la importancia de la historia clínica y si esta nos predice un riesgo difícilmente tratado en el consultorio dental, canalizarlo para continuar su tratamiento en un medio hospitalario.

Incluyendo la responsabilidades que se adquieren --- con el hospital y el paciente hospitalizado.

Así como también proporcionar ejemplos de la papele-
ría que es común utilizar al atender este tipo de casos.

CAPITULO I

" ATRIBUCIONES DEL CIRUJANO PARA CON SU PACIENTE ANTES DEL ACTO QUIRURGICO. "

A) ELABORACION PERSONAL DE UNA HISTORIA CLINICA.-

Un expediente clínico es un documento en el cual se registra información acerca del paciente, de su enfermedad y de todo aquello que puede tener importancia para la comprensión y tratamiento de la misma en forma estrictamente confidencial; además incluye un registro de las medidas y decisiones tomadas durante el proceso de atención médica y de sus resultados. Dentro del expediente se -- considera parte esencial la llamada "HISTORIA CLINICA", -- que es un relatorio escrito y ordenado de los datos subje tivos, objetivos y antecedentes resultantes del interroga torio y del examen físico de un paciente en relación a -- cierto padecimiento.

El propósito primordial de un expediente es el de -- mantener accesible a todo el equipo de atención médica la información clínica relacionada con el paciente, su enfer medad y el plan diagnóstico-terapéutico que se está si- -- guiendo.

Así pues la historia clínica constituye una de las -- partes más importantes en el estudio de un paciente. No

obstante todavía constituye uno de los aspectos peor comprendidos y más subvalorados del proceso necesario para formular un diagnóstico que existe, actualmente, en la práctica y en la enseñanza de la odontología clínica.

La historia clínica constituye el fundamento, no sólo de una inteligente aproximación al diagnóstico sino también el principio del establecimiento de una adecuada relación paciente-odontólogo.

La historia clínica es el documento central en el expediente del enfermo. De su buena elaboración depende el éxito o el fracaso del médico en conseguir el mayor provecho para su paciente.

Es la biografía del individuo en relación a sus padecimientos físicos o mentales y por supuesto incluye todos los datos, antecedentes actuales que puedan estar vinculados con ellos; su medio ambiente, sus hábitos, sus costumbres, sus características antropológicas y de los factores conserrnientes a su herencia.

El paciente acude al profesional de la salud porque desea que lo examine, porque sabe que está enfermo o porque siente temor y está preocupado.

El profesional tiene la triple responsabilidad de -- establecer el diagnóstico, tratar la enfermedad y disipar los temores y ansiedad del paciente.

Durante el ejercicio profesional es deber del médico interesarse en su paciente teniendo en cuenta que es una persona a la cual aqueja un problema de salud, para ello la entrevista clínica se convierte en un recurso de incalculable valor que le permite obtener no sólo la información necesaria acerca del problema de su paciente, sino -- además aquellos datos relevantes e importantes del paciente como persona.

Al hacer una historia clínica, el examinador deberá sentir simpatía por el paciente y estar seguro de que este entiende las preguntas que se le están haciendo. Es importante que el médico al interrogar, tenga en cuenta -- el nivel socio-cultural del paciente que tiene ante sí. -- La sencillez y claridad del lenguaje permitirá una mejor comprensión de la pregunta, y facilitará al paciente responder con seguridad al interrogatorio.

El médico debe tener paciencia, debe saber escuchar al enfermo, no solo oírlo, sino comprenderlo.

Al enfermo el relato de ciertos aspectos de su vida-

puede llenarle de ansiedad, angustia, inquietud o por el contrario de alegría, satisfacción o tranquilidad.

Mantenerse tranquilo sin mostrar prisa para obtener la respuesta a las preguntas, dando el tiempo suficiente al paciente para que piense en sus respuestas generalmente se traduce en una mejor comunicación.

De su exactitud e integración depende no solo el diagnóstico, el pronóstico y la terapéutica del enfermo, sino también el conocimiento del ambiente en que se desenvuelve, de su pensamiento, de sus alegrías y angustias, - en fin de todo aquello que permite al médico- conociendo su persona - ayudarlo más y participar con mejores armas en las actividades de salud en la comunidad.

La exactitud de los datos obtenidos depende no solo de la preparación técnica del médico, de sus conocimientos de la nosología y de patología o de su acuciosidad para obtenerlo, sino en gran parte de su capacidad de relación y contactos humanos, de su inteligencia para comprender al individuo que sufre y de su habilidad para conseguir la información necesaria.

El propósito de hacer personalmente la historia clínica del paciente a quien va a operar, es descubrir, por-

examen sistemático de sus antecedentes cualquier contradicción de la cirugía, anestesia o droga.

La historia clínica no debe hacerse casualmente, sino que debe seguir un plan, a fin de indagar toda la información posible del paciente y llegar, sobre la base de esta a conclusiones acerca de la presencia o ausencia -- de patología ignorada por el paciente.

Hay que aclarar que al hacer la historia no debe confundirse con el examen físico del paciente. La historia no debe influir observaciones del examinador que sean registradas, en el examen físico.

Una buena historia clínica deberá ser breve y concisa, siempre que contenga toda la información requerida -- para una situación dada.

Las ventajas de obtener una historia clínica incluyen: La existencia de un registro escrito que servirá -- como un instrumento diagnóstico, Protección del odontólogo de posibles enfermedades contagiosas, Establecimiento de una base de futuras referencias y Previsión de un documento que servirá como evidencia legal de la competencia profesional.

El método básico para obtener una historia clínica es la entrevista directa en la cual el profesional interroga al paciente en forma ordenada siguiendo un patrón básico de interrogatorio.

Dentro del sistema de expediente clínico organizado por problemas, adaptado y utilizado por los hospitales -- y clínicas de la Universidad Autónoma de Guadalajara en la historia clínica se registran datos clínicos provenientes del interrogatorio, del examen físico y de paraclínicos disponibles.

Toda esta información se clasifica bajo 10 subttulos diferentes.

CLASIFICACION DE DATOS CLINICOS DE LA HISTORIA CLINICA BASICA.

TIPO DE INFORMACION :		SUBTITULO:
DATOS PERSONALES (Filiación)		1.- Identificación 2.- Perfil
DATOS PRINCIPALES	Síntomas	3.- Motivo de la consulta o del internamiento.
	Principales	4.- Descripción de padeci- mientos actuales.
ACTUALES	Síntomas	5.- Interrogatorios de apa- ratos y sistemas.
	Secundarios	
ANTECEDENTES		6.- Antecedentes Patológi- cos. 7.- Antecedentes Familia- res. 8.- Antecedentes Persona- les Psico-sociales.
SIGNOS		9.- Exploración física. 10.- Paraclínicos previos.

1.- IDENTIFICACION DEL PACIENTE.

Aquí se anotan el nombre, la dirección, el sexo, la edad o fecha de nacimiento y la ocupación. Cuando sea posible, debe incluirse el nombre del médico que lo envió ("Refirió") al paciente o de su médico familiar.

2.- PERFIL DEL PACIENTE.

Complementa la información anterior, describiendo al paciente como persona, mencionando puntos resaltantes de su estilo de vida y la opinión personal del médico acerca de su confiabilidad como informante. Al describir al paciente como persona y mencionar puntos resaltantes de su vida, se debe complementar o resaltar puntos de la identificación con datos sobre sexo, estado civil, raza, religión, escolaridad, etc.

3.- MOTIVO DE LA CONSULTA.

Describe con brevedad la forma y el motivo por el cual el paciente busca ayuda o entra bajo el sistema de atención médica. Al redactarla, es necesario tener en cuenta que aquí debe de ir la razón manifestada por el paciente, aunque el médico piense o descubra razones más importantes o reales que el paciente no manifestó, sea por desconocer su naturaleza o por falta de confianza en

El médico.

4.- DESCRIPCION DE PADECIMIENTOS ACTUALES.

Bajo este subtitulo se mencionan en orden cronológico, los problemas actuales que el paciente refiere, seguidos de una descripción o semiología lo más completa posible, incluyendo antecedentes relevantes.

La característica principal de este subtitulo es su "Pluralidad", que es lo que distingue del subtitulo en singular utilizado por sistemas llamados tradicionales. Esta pluralidad pone énfasis, por un lado en el hecho de que muy pocas veces un problema de salud se presenta solo y que con frecuencia el "padecimiento total" no es más que la identificación de varios problemas de diferente índole que pueden ser mejor comprendidos y tratados por separado. Por otro lado el tratar de amalgamar en forma prematura toda la gama de síntomas que refiere un paciente, puede dificultar la comprensión del mismo y por lo tanto su tratamiento.

5.- INTERROGATORIO DE APARATOS Y SISTEMAS.

Registro de síntomas no incluidos bajo el subtitulo anterior y algunos datos negativos importantes relacionados con los padecimientos o problemas descritos. Es importante agrupar estos síntomas bajo un encabezado que designa el aparato o sistema con el cual se relaciona.

6.- ANTECEDENTES PATOLOGICOS.

Contiene todas las enfermedades y antecedentes patológicos importantes en orden cronológico. Cualquier síntoma o problema referido por el paciente y que no es actual, debe ser considerado como antecedente y anotado bajo este subtítulo siempre y cuando sea considerado de importancia clínica.

7.- ANTECEDENTES FAMILIARES.

Incluye enfermedades graves, edad, y causa de muerte de madre, padre, cónyuge e hijos, además de una nota mencionando enfermedades hereditarias existentes en la familia.

8.- ANTECEDENTES PERSONALES PSICO-SOCIALES.

Provee más detalles acerca del estado de vida actual: habitación, alimentación, situación socio-económica intereses y actividades, también debe incluir, cuando sea posible, información sobre relaciones con familiares y amigos, con una apreciación de su habilidad para enfrentar crisis. Este subtítulo bajo ninguna circunstancia tomará el lugar o será sustituido por el "perfil del paciente" anotado bajo el número dos.

9.- EXPLORACION FISICA.

Se nota en forma precisa, clara y honesta la extensión del examen, que se examinó y los resultados obtenidos. Cuando se registra esta información debe realizarse bajo párrafos separados y titulados en orden, de acuerdo a los segmentos y órganos corporales, incluyendo todos los examinados. El orden en que deben registrarse (sin tomar en cuenta el orden en que fueron examinados) es el siguiente: primero, cabeza con ojos, oídos, nariz y boca (orofaringe). Luego cuello, seguido de torax, anterior y posterior. Por último, abdomen, extremidades, columna vertebral, examen de genitales y exámenes especiales de tacto vaginal y rectal.

Si por alguna razón algún examen no se puede realizar, esto debe estar anotado en el registro como "no realizado", seguido de una breve explicación de la razón por la cual no fue llevado a cabo.

La mayoría de las veces, este registro se aplica a un examen general, pero cuando se refiere a una especialidad, debe especificar, al comienzo el tipo de examen realizado; por ejemplo Neurológico, Ginecológico, Cardiológico, etc.

10.- PARACLINICOS PREVIOS.

Este es el último subtítulo y contiene los resultados de exámenes de laboratorio generalmente de rutina, ya disponibles al momento de la entrevista.

B) VISITAS PREOPERATORIAS DEL PROFESIONAL.-

Se acostumbra y es aconsejable visitar al paciente-- en el hospital la noche anterior del procedimiento progra mado. El paciente está en un ambiente extraño, no conoce el lugar y tiene sus aprensiones sobre la operación inmi- nente. Se recomienda comentarle el tratamiento que se -- le va a hacer y explicarle lo que habrá de sentir en el - posoperatorio.

Del punto de vista de la clínica quirúrgica la pre-- paración previa enfoca al organismo en su totalidad y es- la apreciación del estado de salud en una persona en vis- peras de operarse, con el fin de establecer si la opera- ción puede ser realizada sin riesgos y en caso contrario, adoptar las medidas necesarias para que desaparezca dicho riesgo o bien sea reducido a su mínima expresión.

Del punto de vista de la técnica quirúrgica es en -- cambio, el conjunto de consideraciones y medidas a efec- tuarse con referencia a la región a intervenir.

Partimos de la base de que el paciente de nuestra - especialidad generalmente nos llega con un estado normal. y aunque no sea un hombre sano en la absoluta concepción del término, su lesión o afección local no inválida esa- conclusión.

La mañana de la operación, el cirujano bucal examina la ficha para asegurarse de que los exámenes físicos y de laboratorio son normales.

El cirujano visita al paciente preferentemente antes de administrar la medicación preoperatoria.

Si todo está normal, el operador se dirige a la sala de operación y controla el instrumental para asegurarse de que este completo y el equipo restante, como luz frontal, aparato de respiración, etc., estén listos.

Excepción hecha de las operaciones de urgencia, cualquiera que se efectúe en el organismo requiere una preparación previa a fin de poner est^e en las mejores condiciones para soportar exitosamente una intervención.

Las operaciones de cirugía bucal no escapan a estas necesidades, aunque indudablemente, por tratarse por lo general de un paciente con una afección local, la preparación que exige es menor que las habituales en cirugía general.

En los pacientes que se internan a la mañana para tratarse por la tarde, prácticamente no se puede establecer ningún contacto personal antes de que llegue a la sala de

operaciones.

Si el tiempo lo permite, con una breve visita 30 a 45 minutos antes, se le puede ofrecer una seguridad adicional y así al mismo tiempo el profesional tiene la oportunidad de repasar su historia clínica para verificar si es completa y exacta.

En caso de tratarse de un paciente con estado general comprometido por alguna afección general, o como complicación de su enfermedad bucal, debe ser tratado previamente por su médico clínico para ponerlo en las condiciones que necesita.

Si los exámenes de laboratorio, la historia clínica y el examen físico no son normales, la operación debe suspenderse inmediatamente y hacer un tratamiento médico hasta que el estado físico del paciente este en condiciones óptimas que permita la cirugía con un mínimo de riesgos.

CAPITULO II

" ORGANIZACION DEL CUERPO MEDICO "

Entre las oportunidades, responsabilidades y obligaciones del ser humano, no hay ninguna que sea mayor que las del médico.

Para cuidar a los que sufren se necesita destreza -- técnica, conocimiento científico y comprensión humana. Aquel que utilice estos atributos con valor, con humildad y con prudencia, proporcionará un servicio único a sus -- congéneres y forjará un carácter firme y constante en sí mismo. El médico no debe pedir a su destino más de esto, pero tampoco se contentará con menos.

En el ejercicio de la medicina, el médico emplea una disciplina que tiende a utilizar métodos y principios -- científicos en la solución de sus problemas, disciplina -- que al final continúa siendo un arte.

Es un arte en el sentido de que rara vez si es que -- alguna, puede considerarse al paciente como equivalente -- de un experimento tan completamente controlado que sea -- posible excluir el juicio y la experiencia para la interpretación de las reacciones del enfermo.

Es un arte también en el sentido de que el médico -- nunca puede contentarse solo con su esfuerzo para aclarar las leyes de la naturaleza; Él no puede cumplir su -- labor con la frialdad del científico cuya meta es alcanzar la verdad, y a quien al menos en teoría no le interesa directamente cual es el resultado práctico de su trabajo.

El médico no debe olvidar nunca que sus objetivos -- fundamentales y tradicionales son utilitarios: La prevención y la curación de las enfermedades y el alivio del -- sufrimiento, físico o mental.

Las funciones del médico obedecen a toda una serie -- de derechos y obligaciones que dan la pauta a las relaciones, entre dos personas.

El papel del médico le autoriza para hacer preguntas personales al enfermo, para examinar su cuerpo y para realizar un tratamiento, pero al mismo tiempo, su obligación es ser competente desde el punto de vista médico y proporcionar ayuda y bienestar.

Recíprocamente, el papel del enfermo, le permite pedir ayuda al médico, someterse al examen y compartir confianza sus sentimientos y pensamientos íntimos. Este papel le confiere la obligación de cooperar con el médico

y de aceptar todas las restricciones que implica un estudio completo y un tratamiento adecuado.

En la vida diaria tenemos la necesidad imperiosa de comunicarnos con nuestros semejantes; para el médico durante el ejercicio de la práctica de la medicina es primordialmente importante la habilidad de la comunicación.

La organización del cuerpo médico debe proporcionar un marco de referencia por dar cumplimiento a sus deberes y funciones.

La complejidad de la organización depende de la magnitud del hospital y de los alcances de las actividades del cuerpo médico.

A).- CUERPO MEDICO ACTIVO.-

Todos los hospitales deben tener su cuerpo médico activo, encargado de prestar la mayor parte de los servicios dentro del hospital y de cumplir todas las tareas importantes de organización y administración que les corresponden.

Los miembros del cuerpo activo, participan en forma completa de los privilegios hospitalarios y tienen voto-

en los asuntos del cuerpo médico.

Estos miembros tienen también la responsabilidad de asegurar que se proporcione buena asistencia a cada paciente visto en el hospital.

A veces los solicitantes de privilegios para este cuerpo deben pasar por un período de prueba antes de ser admitidos en el cuerpo activo.

B).- CUERPO MEDICO ASOCIADO.-

Puede haber un cuerpo médico asociado, constituido por candidatos a los cuales se considera para admisión en el cuerpo activo.

Los integrantes de esta categoría deben nombrarse y destinarse a departamentos y servicios de la misma manera que los miembros del cuerpo activo.

No pueden ocupar cargos, pero sí servir en algunas comisiones del cuerpo médico, y del hospital.

Los miembros del cuerpo asociado tienen muchos de los privilegios y responsabilidades de los miembros del

cuerpo médico.

Frecuentemente nuevas personas que solicitan formar parte de este cuerpo debe servir en esta capacidad durante un período de prueba.

C).- CUERPO MEDICO DE CORTESIA.-

El cuerpo médico de cortesía está integrado por profesionales elegibles para participar en el cuerpo médico que gozan de privilegios para internar en el hospital a algún paciente ocasional. Los miembros del cuerpo médico de cortesía no tienen derecho a voto ni a ocupar cargos.

Como internar pacientes en el hospital es ejercer un privilegio y, por lo tanto entraña una responsabilidad, para internar a más de un paciente ocasional, el profesional debe solicitar su ingreso en el cuerpo médico activo.

Los privilegios se dan por un tiempo limitado y a veces solo se le permite al médico o al dentista atender a un determinado paciente.

CONDICION PROVISIONAL DEL CUERPO MEDICO.

Los solicitantes aprobados para ingresar en el - - cuerpo médico activo, asociado o de cortesía deben actuar al principio con un carácter provisional.

Durante el ejercicio de este nombramiento se los - - destinará a servicios departamentales donde se observa su competencia clínica y su conducta ética y moral, - - observación esta que puede encomendarse a uno o más - - miembros designados del cuerpo médico activo hasta que se satisfagan los requerimientos de prueba que establece el cuerpo médico.

PRIVILEGIOS TEMPORARIOS EN EL CUERPO MEDICO.

Al profesional médico se le pueden conceder privilegios clínicos temporarios en caso de emergencia, por un período limitado y especificado, de conformidad con lo que recomiende el jefe del respectivo departamento - o servicio, o el presidente del cuerpo médico, con la - aprobación del funcionario ejecutivo principal.

PRIVILEGIOS TEMPORARIOS DEL SOLICITANTE.

Al recibir la solicitud para ingresar en el cuerpo médico que presenta un profesional debidamente licenciado, el funcionario ejecutivo principal, basándose en la

información disponible en ese momento, que se acepta como índice de la competencia y jerarquía ética del solicitante, y con la aprobación por escrito del jefe de departamento respectivo y del presidente del comité ejecutivo, puede conceder privilegios temporarios para internación y para actividades clínicas.

El presidente del departamento respectivo puede -- imponer requerimientos especiales de supervisión y elevación de informes a cualquier profesional que goce de privilegios temporarios.

Los privilegios temporarios se cancelan inmediatamente por decisión del funcionario ejecutivo principal, si se descubre cualquier falla en las normas éticas de la prestación de servicios asistenciales de la salud.

D).- CUERPO MEDICO HONORARIO .-

Los miembros del cuerpo médico honorario se eligen para este puesto después de muchos años de servicio en el hospital.

Al cuerpo médico honorario lo forman ex-miembros del cuerpo médico, retirados u honorarios y otros profesionales de reputación sobre saliente a quienes el cuer

po médico desea honrar.

Estos miembros son llamados con frecuencia para -- aconsejar en asuntos hospitalarios, pero no necesariamente desempeñan un papel importante en la asistencia -- al paciente.

Los que pertenecen con exclusividad al cuerpo médico honorario no tienen derecho al voto ni pueden ocupar cargos.

E).- CUERPO MEDICO CONSULTOR.-

Puede haber un cuerpo médico consultor, integrado por profesionales de reconocida jerarquía que no pertenecen a otra categoría del cuerpo médico y que han expresado su disposición a aceptar nombramiento en el -- cuerpo médico consultor.

Los consultores ocupan un papel importante en la -- asistencia al paciente. Estas personas deben ser también miembros del cuerpo activo, pero deben poseer considerables conocimientos en un campo particular.

Obviamente deben estar dispuestos a ver a los pacientes cuando se les pida y a dar su opinión respecta a Diagnóstico y Tratamiento.

Los puestos de consultores en odontología se ocupan por recomendación del departamento de Odontología.

Los miembros del cuerpo médico consultor no ocupan cargo ni tienen derecho a voto.

F).- DEPARTAMENTOS CLINICOS.-

Cuando el cuerpo médico es grande, los miembros se dividen en departamentos para ayudarse en forma más eficiente, en el trabajo.

El miembro del cuerpo médico activo mejor calificado para ese cargo es el jefe del departamento.

Cada departamento establece sus normas para prerogativas, clínicos y para examinar la asistencia de los pacientes.

El departamento de Odontología puede establecerse como un departamento separado al mismo nivel que los departamentos de medicina, pediatría y otros.

Si hay unos cuantos dentistas en el cuerpo, pueden organizar un servicio dental, bajo la jurisdicción del de

partamento de Cirugía.

Cualquiera que sea el patrón de organización, el grupo odontológico debe asegurar al paciente una buena asistencia a través de sus miembros.

Esto se lleva a cabo mediante la revisión periódica de las historias clínicas y de los procedimientos -- realizados para atender al paciente.

Los dentistas pertenecientes al cuerpo médico deben estar a la disposición para que se les consulte las solicitudes de otros dentistas para pertenecer al cuerpo médico, deben revisarse a fondo, de modo que puedan hacerse las recomendaciones adecuadas al comité de credenciales.

Los dentistas deben estar dispuestos a formar parte de los comites y el departamento dental debe seguir las reglas del hospital.

G).- COMITES.-

Para simplificar la operación de un hospital y asegurar que todos los aspectos de la asistencia al pacien-

te estén vigilados adecuadamente, suelen establecerse - comités específicos.

COMITES DEL CUERPO MEDICO.

- Comité Ejecutivo.-

Se elige en el cuerpo de modo que todos los deberes del cuerpo se lleven a cabo en forma eficiente y adecuada.

Como regla, el jefe del cuerpo clínico es el director del comité ejecutivo.

- Comité a cargo de las Historias clínicas.-

Debe hacer que las historias clínicas se revicen periódicamente, para asegurar una buena asistencia médica. Dándose cuenta de que las buenas historias clínicas forman parte de la buena atención al paciente.

- Comité encargado de credenciales.-

Actúa solicitando privilegios hospitalarios a médicos o dentistas titulados que están autorizados legal, - ética y profesionalmente para ejercer su profesión.

El comité suele aceptar una solicitud recomendada por el departamento que recibirá un miembro, por ejemplo un dentista recomendado por el departamento de - - Odontología.

Estas recomendaciones son hechas por el comité de credenciales al comité ejecutivo.

- Comité de Histología.-

Esté asegura que los tejidos que se extirpan durante intervenciones quirúrgicas sean examinados por el -- patólogo y que el diagnóstico que se haga sea compatible con el diagnóstico clínico del paciente.

Los dientes que se extraen, por ejemplo deben enviarse al laboratorio de patología para su examen, y -- debe llenarse un informe escrito en la historia clínica del paciente.

- Comité a cargo de estancia y asistencia prolongada.-

Debe revisar las razones por las cuales permanecen -- los pacientes hospitalizados períodos más largos que va rias semanas.

Esta revisión es solicitada por compañías que proporcionan soporte tripartita a los pacientes.

Muchos otros comités pueden funcionar para proporcionar mejor asistencia a los pacientes. Estos pueden incluir dietética, planeación de desastres, farmacia y terapéutica, etc., y se pueden informar al comité ejecutivo del cuerpo médico.

CAPITULO III

" EVALUACION MEDICA ANTES DE LA INTERNACION
HOSPITALARIA."

A).- PROGRAMA DE ADMISION.-

A los pacientes que ingresan en el hospital para un tratamiento dental es preciso prestarles igual atención médica que a otros que ingresan en otros servicios.

El paciente odontológico recibe, por lo tanto, atención doble, médica y dental; cada una de ellas con su responsabilidad bien determinada.

En algunos hospitales la sección de Cirugía Bucal es una sección de la Cirugía General con igual categoría que Urología, Ginecología, etc., donde las admisiones las hace directamente el cirujano bucal o el odontólogo; en estos casos, la responsabilidad del enfermo tanto moral como legal dependen exclusivamente del cirujano bucal o del odontólogo.

Cuando se ha determinado que un paciente sea admitido en el hospital, debe entrar en contacto con la oficina de admisiones, de manera que pueda reservarse una cama. Si se va a utilizar la sala de operaciones, debe --

avisarse tanto al supervisor como al departamento de ---
anestesia.

El médico del paciente odontológico debe estar in--
formado de las fechas de admisión y de operación. Ideal
mente deben pasar 24 horas entre el momento en que se --
admite al paciente y se le opera; esto permitirá que se
haga una evaluación adecuada. Tradicionalmente, los pa-
cientes se admiten en el servicio del médico que se hace
cargo de ellos.

El paciente odontológico puede ser admitido de dos-
formas distintas: entrando a un servicio dental, o al --
servicio de su médico personal, con el dentista como mé-
dico consultado. Cualquiera que sea la práctica de admi-
sión, los médicos tratantes son responsables de la asis-
tencia del paciente.

El médico debe completar una investigación basándo-
se en la historia clínica y el examen físico y debe tra-
tar todo problema médico, ya sea persistente o que surja
mientras el paciente se encuentre en el hospital.

El odontólogo debe ver que la causa de admisión se-
establezca y que la asistencia que se brinde sea la me--

for que se disponga. La buena asistencia al paciente -- incluye no solo los procedimientos operatorios, sino también las órdenes y las notas adecuadas en el expediente-médico.

El odontólogo tiene la responsabilidad de determinar el estado de salud del paciente antes de internarlo, como también es responsable de registrar una descripción adecuada de la enfermedad dental en "ANTECEDENTES" incluyendo tratamientos odontológicos hospitalarios anteriores, problemas de conducta y experiencias desfavorables con odontólogos o tratamientos dentales.

La mayoría de los hospitales requiere que los pacientes quirúrgicos sean admitidos 24 horas antes de la operación, o al menos pasen la noche del preoperatorio en el hospital. Ello permite que durante este tiempo se pueda realizar el examen físico y de laboratorio del paciente, e indicar la analgesia preoperatoria.

Una vez internado, es preciso que el odontólogo interviniente o el residente lo vean lo antes posible. En caso de no hallárselos el dentista debe recibir al paciente.

Es necesario escribir la nota y la orden de admí-

sión junto con el diagnóstico presuntivo en algún lugar de la historia clínica, lo cual depende de las costumbres del hospital.

Algunas órdenes deben ser hechas en el consultorio del dentista y enviadas posteriormente al hospital; modalidad que varía según cada caso en particular.

B).- ORDENES.-

El médico tratante debe escribir las órdenes hospitalarias en la hoja respectiva. Deben aparecer la fecha y la hora, y cada orden debe estar escrita claramente y numerada.

Hay que mencionar explícitamente la vía y el tiempo de administración, y la dosis de cada droga. Todas las órdenes deben firmarse.

Algunos hospitales aceptan órdenes telefónicas. En este caso, el doctor debe comunicarse solamente con la enfermera y debe hacer que esta la repita la orden para tener la seguridad de que la ha entendido bien; y aunque la enfermera registre las órdenes en la hoja correspondiente, estas deben ser refrendadas por el médico en el-

curso de 24 horas.

Cuando un paciente pasa a cirugía, deben anularse - todas las órdenes anteriores, ya que después de la opera ción deben escribirse nuevas órdenes por regla general.

En los hospitales donde haya departamento de anes-- tesiology dirigido por un médico, es costumbre que el - jefe de dicho departamento indique las órdenes preopera-- torias.

Sin embargo se le puede hacer llegar sugerencias -- acerca del anestésico y premedicación, y es raro que ta-- les sugerencias no sean oídas por el anestesista, ya que la responsabilidad de la anestesia la tienen ambos, el - cirujano y el anestesista.

Cuando no existe dicho departamento y la sección -- de anestesiología es manejada por enfermeras anestesias-- tas, la responsabilidad de la medicación preanestésica - es del cirujano.

Es evidente que en estas circunstancias, el dentis-- ta debe conocer los diferentes medicamentos preanestési-- cos y ordenar se modifique su aplicación o dosis según - la edad, condición física y sensibilidad o susceptibili--

dad del paciente.

C).- HOJA DE INFORMACION SOBRE SIGNOS VITALES.

Signos vitales son los parametros que son útiles -- para la evaluación objetiva de la condición clínica del paciente. Los signos vitales constan de:

- *Presión arterial.*
- *Pulso*
- *Frecuencia cardíaca*
- *Frecuencia respiratoria*
- *Temperatura*

PRESION ARTERIAL:

Es el registro de la medición de la presión sanguínea del brazo. La presión arterial es igual al volumen de sangre por gasto cardíaco, sobre resistencia vascular periférica. Cada vez que el corazón se contrae, bombea al exterior una cantidad considerable de sangre y es ta ejerce presión sobre las venas y arterias principalmente y esto es lo que vamos a registrar.

La presión normal en una persona joven sana es de - 120/80, pero recuerdese que esta sujeta a variaciones -- fisiológicas como por ejemplo la presión arterial aumen-

ta con la edad debido a la pérdida de elasticidad de las arterias. También cambia de un día a otro y de hora en hora. Por la mañana es un poco más baja.

También recordaremos que en zonas tórridas la presión arterial es un poco más elevada. En cuanto a la raza se dice que los Asiáticos tienen la presión arterial un poco más baja en general que los Europeos; esto se puede deber a su manera de vivir y costumbres.

La excitación y el temor también hacen que la presión arterial aumente.

Cuando la presión arterial se encuentra elevada - - recibe el nombre de "HIPERTENCION". Ejemplo - 150/100

Cuando la presión arterial se encuentra baja recibe el nombre de "HIPOTENCION". Ejemplo - 90/50

FRECUENCIA CARDIACA:

Es el número de contracciones cardíacas en una unidad de tiempo. En el adulto normal la frecuencia cardíaca es de 72 a 85.

Cuando existe una disminución en la frecuencia se le da el nombre de BRADICARDIA. - (60)

Cuando por el contrario existe un aumento en la frecuencia recibe el nombre de TAQUICARDIA. - (120)

FRECUENCIA RESPIRATORIA:

Es el número de respiraciones en una unidad de tiempo. Se vigila cuando es espontánea, como cuando es gobernada. Se obtiene valiosa información al emplear la observación visual y auditiva. Se aprecia el ritmo, profundidad, frecuencia, la presencia de obstrucción actividad de los músculos respiratorios y la existencia de estertores o sibilancias. También se puede determinar si la expansión de ambos pulmones es desigual, para esto se utiliza el aparato llamado Espirómetro. Combie ne examinar la respiración y recordar que los viejos -- respiran con mayor lentitud que los jóvenes, lo normal oscila entre 10 y 24 respiraciones por minuto. En niños la respiración es más rápida.

El estridor (respiración estridente) proviene de cuerpos extraños en vías aéreas y del edema del glotis. La respiración esterterosa ocurre en el sueño produciendo ronquido, así como en el coma intenso y en los casos

de adenoides, amígdalas hipertroficadas, obstrucciones, - abscesos periamigdalinos y abscesos retrofaringeos.

La emoción y el esfuerzo aumentan la velocidad en la respiración. Cuando la respiración es forzada y -- difícil la denominamos DISNEA.

CIFRAS UTILES EN LA FRECUENCIA RESPIRATORIA.

- 1.- Volúmen respiratorio normal: 500 cm.
- 2.- Capacidad vital normal: 2000 a 2500 cm.
- 3.- Tiempo de relleno de la capacidad vital:
 - a) Normal 83% de la capacidad vital en 1 seg.
 - b) Pacientes con enficema grave se reduce al 50%.
- 4.- Capacidad respiratoria máxima, 100 a 200 en un min.
- 5.- Inspiración máxima normal 400 en un minuto.
- 6.- Expiración máxima normal 500 en un minuto.

Si estas pruebas no nos son útiles, la mejor prueba es la tolerancia del paciente al ejercicio.

TEMPERATURA:

Es un factor de suma importancia que establece un - límite inferior y otro superior más allá de los cuales - no es posible la vida. Es necesario seleccionar el -- termómetro apropiado según la zona donde se tome la tempera tura: boca; axila o recto.

Para la boca y el recto se utiliza un termómetro -- con la punta activa redonda.

Para la axila se utiliza un termómetro con la punta activa en forma tubular.

La temperatura medida en grados para su lectura, -- las siguientes cifras son las normales en las diferentes zonas :

Axila : 37.5 °C

Boca : 37 °C

Recto : 37.5 °C

PULSO:

El pulso es la transmisión de la contracción ventricular de las arterias. Es importante saber tomar el -- pulso, especialmente durante una urgencia en el consultorio dental.

El pulso arterial puede palparse fácilmente y en -- forma accesible en cualquiera de estas zonas:

- Carotideo -----Cuello, zona anterior del Esternocleido
mastoideo.

- Radial ----- En la muñeca.
- Temporal ---- Región preauricular, adelante del trago de la oreja.

Para poder obtener un pulso real es necesario tener presente lo siguiente:

- Frecuencia ---- Es el número de pulsaciones en un minuto.
- Ritmo ----- Intervalo que existe entre una pulsación y otra.
- Intensidad ---- (Fuerza) Variaciones entre un pulso y otro.
- Amplitud ----- Es la duración del pulso.

La frecuencia del pulso puede ser estimada por: palpación o electrocardiografía. La electrocardiografía no puede sustituir la palpación manual con los dedos. Los dedos que utilizamos en la palpación manual son los dedos medios que son: índice, medio y anular.

Las variaciones que existen en el pulso son las siguientes:

- Disminuye con el sueño. --- Porque su actividad es nula.
- Aumenta después de comer.
- Puede aumentar cuando el paciente va al --- dentista, debido a que el corazón está latiendo más rápido.

Cuando el pulso disminuye recibe el nombre de --
BRADISFIGMIA. Y cuando el pulso aumenta recibe el nombre
de TAQUISFAGIA.

FRECUENCIA DEL PULSO:

- Adulto normal ----- 72 a 85 látidos por minuto.
- Niño normal ----- 80 a 100 látidos por minuto.
- Recien nacido ----- Cifras muy elevadas.
- Ancianos ----- 70 a 80 látidos por minuto.

Debe de recordarse que un viaje al dentista puede-
provocar la aceleración del pulso, debido a que el corazón
esta latiendo más rápido por el nerviosismo.

Para considerar una frecuencia real es indispensa-
ble ver la regularidad del pulso, la amplitud y la ten-
sin del pulso.

TIPOS DE PULSOS:

- Pulso paradójico ---- Está relacionado con dife-
rencias de volúmen del latido más que del ritmo.
- Pulso alternante ---- Consiste en un látido e-
nergico seguido de un látido
débil.

- Pulso Bigémino ---- O "Acoplamiento" de dos pulsaciones de un látido ectópico ventricular inmediatamente después de cada látido normal.
- Pulso Trigémino --- Es similar al bigémino, del que se diferencia en que la pausa sigue a tres látidos y no a dos látidos.

D).- NOTAS DEL MEDICO.

Las notas del médico reflejan acontecimientos específicos durante la estancia del paciente en el hospital. Esta información se registra en páginas en blanco con cada nota específica titulada. La historia y la exploración física por regla general, se escriben en hojas en blanco y se titulan en forma adecuada.

La nota de admisión, establece la causa de admisión y el diagnóstico presuntivo. Si se conocen deben mencionarse la fecha en que se realizó la operación, el procedimiento quirúrgico y el tipo de anestesia.

La nota preoperatoria resume los resultados de todo el trabajo de diagnóstico de laboratorio que ha com-

pletado antes de la operación. Deben proporcionarse -- los diagramas y el plan quirúrgico. El hecho de que el procedimiento se haya explicado al paciente y este haya estado de acuerdo con él también debe mencionarse, y debe agregarse al expediente la hoja firmada en la cual -- el paciente da su consentimiento. Esta nota y las órdenes preoperatorias se escriben la noche anterior a la -- operación.

Hay dos notas operatorias: la primera describe brevemente los hallazgos quirúrgicos y cualquier alteración del diagnóstico. Debe mencionarse el tipo de anestesia.

El procedimiento quirúrgico debe esbozarse brevemente e incluirse la duración de la operación y el tipo de cierre de la herida. Debe calcularse la cantidad de sangre perdida y la reposición de sangre y líquidos del paciente durante la operación.

Todos los tejidos que se extirpan, incluso los dientes deben enviarse al laboratorio de patología y este -- hecho debe mencionarse en la nota.

Las órdenes posoperatorias se escriben al mismo -- tiempo. La nota operatoria oficial por regla general --

se dicta para que sea escrita a máquina. Se incluye - la misma información, excepto que el procedimiento quirúrgico debe ser escrito en detalle. Este informe de be dictarse incluyendo signos vitales e ingestión y - - excreción totales desde la operación. El paciente debe evacuar seis a ocho horas después de la operación. De ben inspeccionarse las heridas para determinar si el - - cierre es adecuado y si sangran.

Las notas de progreso diario se hacen una vez al -- día ya sea en la mañana o en la noche, cuando el médico -- pase visita. Estas notas constituyen un buen medio de -- comunicación cuando varios médicos ven al mismo pacien-- te.

Una solicitud de consulta la hace el médico tratan-- te cuando el diagnóstico es obscuro o cuando existe un -- problema médico o dental grave. Debe recordarse que -- una consulta es solo una solicitud de opinión y no un -- permiso para tratamiento.

La nota hecha por el médico consultor debe indicar -- que el expediente ha sido revisado y que se ha examinado -- al paciente. Deben mencionarse los hallazgos positi-- vos y hacerse un diagnóstico presuntivo. También deben

incluirse recomendaciones para el tratamiento.

La nota de alta es la última nota que se registra - antes de que el paciente salga del hospital. Debe establecerse que el paciente es dado de alta y describir el estado del paciente en ese momento. Deben también - - registrarse los medicamentos y las instrucciones específicas que se le han dado al paciente, así como la fecha y la forma de la asistencia subsiguiente.

Dos semanas después de que el paciente ha salido -- del hospital debe completarse un resumen de alta.

Esta nota resume todo el curso del tratamiento y -- respuesta y establece el diagnóstico final.

CAPITULO IV

" PROGRAMACION DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO."

A).- PROGRAMACION DEL PACIENTE.-

Cuando el odontólogo ha realizado la evaluación física del paciente, está en condiciones de programar el procedimiento que propone, esto se hace llamando por teléfono al quirófano para pedir día y hora. La persona que hace la programación suele solicitar el nombre del paciente, edad, denominación del procedimiento, tiempo que habrá de llevar, y tipo de anestésico que se desea.

En muchos hospitales con esto se completa la programación, pero en algunos el profesional debe dirigirse al departamento de internaciones para tomar las medidas que correspondan para la internación. Al empleado de internaciones se debe proporcionar la siguiente información:

- 1.- Nombre completo del paciente.
- 2.- Domicilio.
- 3.- Número de teléfono.
- 4.- Compañía de seguros (Médico)
- 5.- Edad y fecha de nacimiento del paciente.

- 6.- Nombre del médico que se encargará de realizar la anamnesis y examen físico que requiere el hospital.
- 7.- Tipo de alojamiento que desea el paciente (habitación privada, compartida o sala).
- 8.- Diagnóstico de internación.
- 9.- Procedimiento quirúrgico.

Los pacientes que serán operados a primera hora de la mañana deben internarse la noche anterior para realizar los exámenes de laboratorio y radiografías que correspondan, si están indicadas, y para que el anestesiólogo tenga tiempo para visitarlos y evaluarlos, y así poder prescribir la preanestesia.

No es infrecuente que los pacientes que van a ser intervenidos por la tarde se internen a primera hora de la mañana (6:30 a 7:00 a.m.). Se les indicará que se abstengan de tomar alimento y líquidos después de la medianoche previa a la internación.

Para reducir las demoras en las internaciones matinales, los exámenes de laboratorio y las radiografías se pueden hacer el día anterior. Muchos hospitales grandes cuentan con centros de asistencia ambulatoria o

departamentos externos dentro del hospital, en los cuales el paciente se interna en la mañana para un breve procedimiento bajo una anestesia general de unos 20 a 30 minutos y se le da de alta por la tarde, después de haberse recuperado de los efectos anestésicos.

A causa de los costos hospitalarios en cuanto, este tipo de servicio ha resultado ser muy útil en la prestación de cuidados asistenciales.

B).- MEDICO DEL PACIENTE.-

Habiéndose dispuesto la internación y programado la operación se debe entablar comunicación con el médico del paciente para obtener los antecedentes en el preoperatorio y realizar el examen físico. Todos los hospitales deben determinar si el paciente está en condiciones de soportar el procedimiento quirúrgico y la anestesia propuestos.

El médico del paciente asume la responsabilidad de cualquier problema médico que se presente durante la internación hospitalaria; es decir comparte esta responsabilidad con el odontólogo.

Se llama por teléfono al médico del paciente solicitando su colaboración y se esboza con él un plan terapéutico.

Si el odontólogo ha realizado una evaluación física completa, se puede establecer así una comunicación inteligente y provechosa. Nunca debe indicar al paciente - que procure el servicio del médico para realizar la - - anamnesis y el examen físico preoperatorio si el odontólogo no se ha comunicado con el médico de antemano.

La responsabilidad de conseguir este servicio médico es del odontólogo, quien deben verificar que el respectivo informe esté en la carpeta del paciente en el momento de la internación o poco después. De lo contrario el supervisor de cirugía puede cancelar el caso.

C).- NOTIFICACION AL PACIENTE.-

Una vez tomadas todas las providencias para la internación, se notifica al paciente la fecha y la hora de la internación así como también la fecha y la hora de la consulta con el médico para que haga el diagnóstico físico previo a la operación.

No es infrecuente que el médico examine al paciente la noche anterior a la operación.

La mayoría de los hospitales exigen que el diagnóstico físico que realiza el médico esté listo 24 a 48 horas antes de la internación. En la mayoría de los casos no ve al paciente durante la hospitalización, a menos que corresponda visitarlo o que surja alguna complicación médica.

Si el paciente adquiere alguna infección de las vías respiratorias superiores o tiene fiebre, la operación se debe cancelar y programar de nuevo para unas dos semanas después de haber cedido toda la sintomatología.

D).- NOTAS PREOPERATORIAS.-

Excepción hecha de las operaciones de urgencia, cualquiera que se efectúe en el organismo requiere una preparación previa a fin de poner a éste en las mejores condiciones para soportar exitosamente una intervención.

Las operaciones de cirugía bucal no escapan a estas necesidades, aunque indudablemente, por tratarse generalmente de un paciente con una afección local, la prepara-

ción que exige es menor que las habituales de la cirugía general.

La preparación previa es la apreciación del estado de salud de una persona en vísperas de operarse, con el fin de establecer si la operación puede ser realizada sin riesgo, y en caso contrario adoptar las medidas conducentes a que ese riesgo desaparezca o sea reducido a su más mínima expresión.

El paciente de nuestra especialidad nos llega con un estado general normal y aunque no sea un hombre sano en la absoluta concepción del término su lesión o afección local no invalida esa conclusión.

En caso de tratarse de un paciente con su estado general comprometido por alguna afección general, o como complicación de su enfermedad bucal, debe ser tratado previamente por su médico clínico para ponerlo en las condiciones que requiere.

El preoperatorio exige tomar las medidas y precauciones para que cualquier tipo de intervención pueda cumplirse con el menor riesgo posible.

Ello presupone como primera medida efectuar una --
evaluación del estado de salud del paciente.

Es responsabilidad del cirujano decidir si un pro-
cedimiento operatorio es justificable cuando se consider
an tanto la necesidad como los resultados esperados --
de la cirugía, y debe aconsejarse a los pacientes de --
acuerdo con esto.

CAPITULO V

" EQUIPO HUMANO QUIRURGICO Y FUNCION DE CADA UNO DE ELLOS. "

A).- SUPERVISORA DE CIRUGIA.-

La supervisora de cirugía está a cargo de la sala de quirófano, y tiene autoridad exclusiva para cancelar el caso si, a su juicio, la carpeta del paciente no se encuentra en regla y si no se observan las normas de buena asistencia hospitalaria.

Se recomienda que el odontólogo converse con la supervisora de cirugía varios días antes del procedimiento para comentar el caso en lo referente a equipos e instrumentos especiales que el odontólogo ha de adoptar, y los elementos, materiales e instrumentos que debe proporcionar el hospital para que se lleve a cabo el procedimiento quirúrgico programado.

Cuando el odontólogo establece un protocolo de rutina junto con el personal del quirófano, se tiene una ficha a su nombre con todos los datos necesarios para futuros casos.

B).- CIRUJANO.-

Es el responsable ante la sociedad, ante la familia del paciente, ante la justicia, y ante médicos superiores.

Tiene cuatro años de posgrado. Es responsable de todo el acto quirúrgico. Llega 15 a 30 minutos antes -- del acto.

No debe dejar cicatrices que loídes. Es la máxima- autoridad en el quirófano.

C).- ANESTESISTA.-

El anestésista es un técnico en Anestesia.

ANESTESIOLOGO: Es un médico especialista en aneste sia.

Este conoce la historia clínica del paciente, prestando especial atención a los antecedentes patológicos.

Prepara psicológicamente al paciente. Prescribe - tranquilizantes y es quien indica que no ingiera nada de alimentos por vía oral después de las 12 p.m. de la no--

che anterior.

Debe llegar 15 a 20 minutos antes del acto quirúrgico para ponerse ropas limpias.

Cuando hace un bloqueo raquídeo debe ponerse ropa estéril. Revisa el buen funcionamiento de sus aparatos. Es la primera persona que ingresa al quirófano.

Controla los signos vitales del paciente, y después del acto quirúrgico está obligado a acompañar al paciente hasta su cuarto.

D).- AYUDANTE.-

Es un médico en posgrado, un médico general, un residente, o un especialista.

Debe conocer la situación clínica. Es la segunda persona que se pone ropa estéril, y la tercera persona que ingresa al quirófano. Lava el campo quirúrgico, coloca los campos estériles y si es autorizado, inicia el acto quirúrgico.

Facilita la visualización al cirujano sin estorbar su trabajo. Puede reemplazar al cirujano en emergencias.

E).- INSTRUMENTISTA.-

Puede ser un médico de pregrado, de posgrado, enfermera u otro médico general.

Debe conocer la historia clínica y preguntar al cirujano por los instrumentos que se van a necesitar.

Es la primera persona que se lava y que se viste con ropas estériles. Es la segunda persona que ingresa al quirófano.

Siempre lleva cuenta del número de instrumentos. Ayuda a vestir al ayudante y al cirujano.

Debe presentar los elementos para el aseo del área quirúrgica del paciente. También presenta las ropas de la delimitación del área quirúrgica y cubre la mesa de mayo con una manta estéril.

Cambia el instrumental a la mesa de mayo. Debe --

contar todas las pinzas. Al final de la operación entrega todo el instrumental a la enfermera circulante.

F1.- CIRCULANTE.-

Enfermera en turnos de ocho horas. Viste gorro, cubreboca y ropa limpia.

Efectúa el lavado prequirúrgico y rasurado en el cuarto del paciente o en la sala de espera.

Conoce todo el instrumental. Seca el sudor al cirujano y al ayudante; lleva la ropa a la lavandería.

CAPITULO VI

" ATRIBUCIONES DEL CIRUJANO DESPUES DEL ACTO QUIRURGI
CO. "

A).- ORDENES POSOPERATORIAS.-

Se entiende por posoperatorio el conjunto de medidas, precauciones y técnicas que se realizan después de la operación con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención, reparar los daños que surjan -- con motivo del acto quirúrgico, colaborar con la naturaleza, en el logro del perfecto estado de salud.

El tratamiento posoperatorio es la fase más importante de nuestro trabajo.

La vigilancia, cuidado y tratamiento del paciente -- una vez terminada la operación, pueden modificar y aún -- mejorar los inconvenientes surgidos en el curso de la intervención quirúrgica.

Los cuidados posoperatorios deben referirse a la -- herida misma y al estado general del paciente.

Uno de los periodos más críticos de los pacientes --

quirúrgicos en la fase posoperatoria inmediata es el período de tiempo desde el final de la operación hasta el momento en que vuelve a la conciencia. Es durante esta fase en que el peligro de aspiración, paro cardíaco, y depresión circulatoria o respiratoria es mayor.

El cirujano o asistente responsable debe acompañar al paciente a la sala de recuperación, haciendo en la -- ficha del paciente la anotación pertinente y escribiendo las órdenes correspondientes.

Muchas de las alteraciones fisiológicas que se reconocen fácilmente en el paciente despierto y no medicado están modificadas o enteramente eliminadas por la anestesia residual.

En la sala de recuperación esto presenta enormes -- dificultades para reconocer problemas tales como hipoxia hipoventilación e hipovolemia.

Un método para evaluar a los pacientes que se están recuperando de los efectos de la anestesia, se basa en -- la evaluación repetitiva de la presión sanguínea, la -- respiración, el color, la conciencia y la actividad, -- que deben medirse cada 15 minutos.

La nota del residente de cirugía de la sala de recuperación debe incluir un comentario con respecto a -- los siguientes factores:

- 1.- Nivel de conciencia.
- 2.- Tamaño de las pupilas.
- 3.- Permeabilidad de las vías aéreas.
- 4.- Forma de respiración.
- 5.- Velocidad y volumen del pulso.
- 6.- Temperatura y color.
- 7.- Temperatura corporal.
- 8.- Si el paciente esta cateterizado, una producción de orina de 30 a 50 ml. por hora.

Debe hacerse una revisión de las alergias y las -- idiosincrasias a las drogas que se conocen en el paciente; posteriormente se pueden escribir las órdenes de -- la siguiente forma:

- 1.- SIGNOS VITALES: Deben ser tomados cada 15 minutos hasta que se mantenga estable.
- 2.- Observación de las vías aéreas para ver si no -- estan obstruidas,
- 3.- POSICION: Elevar la cabeza 20 ó 30 grados. -- (Puede ir al baño, no puede ir al baño, no debe reposar en la cama, según este indicado).

- 4.- BOLSAS DE HIELO: Compresas frías en zonas de-- seadas, si esta indicado. (La aplicación de -- bolsas de hielo planas bilaterales sobre los -- sitios de las ostectomías o de las extraccio-- nes de terceros molares mantenidas en su sitio por un vendaje elástico de 10 cm., es útil para reducir el edema y la hemorragia posoperatoria.
- 5.- ORDEN DE LIQUIDOS PARENTERALES: Si se necesita alguno y el tipo de líquido, volumen y veloci-- dad de flujo.
- 6.- ANALGESICOS: La medicación para el dolor pos-- operatorio va a ser administrada bucal o paren-- teralmente según se desee; comprimidos si se -- desea aliviar la irritación faríngea. (Esto es a menudo útil para reducir las molestias posin-- tubación, y estos analgésicos frecuentemente -- contienen anestésicos tópicos.
- 7.- ANTIBIOTICOS: Estos generalmente son la conti-- nuación de las drogas comenzadas antes o duran-- te la cirugía, o pueden ser quimioterápicos, -- agregados más tarde a la visita de los hallaz-- gos operatorios.
- 8.- DROGAS ANTIINFLAMATORIAS: La continuación de--

la administración de gluocorticoides que dieron-
pre o intra operatoriamente puede estar indica-
da.

- 9.- ANTIEMETICOS: Generalmente se administran por -
vía parenteral o por supositorios, según se re-
quiera. (La hemostasia meticulosa en los proce-
dimientos intrabucuales y el evitar los líquidos
orales hasta que el paciente haya recuperado --
totalmente la conciencia, a menudo van a elimi-
nar la necesidad de utilizar un antiemético.
- 10.- Medicaciones sedantes si estan indicadas, o si-
se desean, dependiendo de las necesidades del -
paciente.
- 11.- Otros medicamentos por órdenes especiales.
- 12.- ORDENES DIETETICAS: Si el paciente ha estado --
adecuadamente hidratado antes y durante la ciru-
gía y se ha reanudado la función gastrointesti-
nal después de la anestesia general, se conside-
ra aconsejable hacer que el paciente comience -
con líquidos quirúrgicos y avance en la medida-
en que lo tolere a líquidos llenos o a una die-
ta blanda. Estos alimentos deben demorarse has-
que el paciente halla retornado a un nivel de -

conciencia total.

El cirujano debe saber lo suficiente sobre los detalles de los principios fundamentales de nutrición como para aplicarlos y ver que sean correctamente realizados.

Las notas posoperatorias deben anotarse y fecharse a penas terminada la intervención quirúrgica.

B).- NOTAS O INFORME OPERATORIO.-

La nota operatoria es un breve resumen de la operación que el cirujano registra en la planilla de progreso para especificar lo que se le ha hecho al paciente, esto no debe ser detallado, por que los detalles se describen en el informe operatorio.

El informe operatorio es una descripción dicitada y detallada paso por paso, de todo el procedimiento quirúrgico. Se debe redactar en una secuencia ordenada, especificando lo que se efectuó al paciente. Conviene dictar este informe lo antes posible después de la operación y enumerar los acontecimientos en la secuencia en que tuvieron lugar en el quirófano.

Este documento debe hacerse cuidadosamente, ya que abarca varios aspectos de interés por lo que es un documento de importancia.

C).- VISITAS POSOPERATORIAS.-

El odontólogo debe programar las visitas de manera que las pueda realizar en horas de la mañana y de la noche.

Si la operación se realizó por la mañana se debe -- visistar al paciente por la noche para evaluar su progreso y la recuperación de la anestesia.

Es preciso examinar su carpeta, prestando especial atención al "gráfico de los signos vitales".

Las notas de las enfermeras, indican el estado del paciente hora por hora a lo largo del día. Los pacientes que son operados por la tarde no necesariamente -- -- -- requieren la visita nocturna del cirujano sino hasta la mañana siguiente. La mayoría de las veces duermen todo el día después del procedimiento quirúrgico por lo que -- se prefiere no molestarlos ya que el personal de enferme-- ría avisa por teléfono si se presenta cualquier problema

fuera de lo común que requiera la atención del odontólogo.

El profesional debe anotar en la planilla de progreso del paciente sus observaciones basándose en las notas de las enfermeras y en los gráficos, así como su impresión sobre el estado general del paciente. En cada visita se debe dejar una anotación breve sobre el estado del paciente. Y si el médico o el anestésista lo visita es común que deje en su anotación de progreso alguna sugerencia o recomendación para los cuidados del seguimiento.

Todos los pacientes en el estado posoperatorio deben ser evaluados completamente para ver si hay evidencias de complicaciones que pudieran poner en peligro su vida o demorar su recuperación.

Las notas sobre la evolución durante la fase posoperatoria deben incluir una evaluación de los siguientes factores:

- 1.- Nivel de conciencia.
- 2.- Permeabilidad de la vía aérea.
- 3.- Evaluación del sistema cardiopulmonar del pa-

ciente.

- 4.- Frecuencia y volúmen cardíaco, presión sanguínea y temperatura corporal.
- 5.- Temperatura de la piel y color.
- 6.- Entrada y salida.
- 7.- Estado de la herida.
- 8.- Control de las notas de las enfermeras.
- 9.- Quejas específicas del paciente.

Las visitas de los familiares deben mantenerse reducidas al mínimo o sea que sólo deben permitirse la de los familiares más allegados. El paciente que se recupera de la anestesia tiende a agostarse mental y físicamente si recibe muchas visitas y necesitará medicaciones innecesarias y en exceso para estar cómodo.

Siempre se recomienda que las visitas de los familiares sean breves y se limiten no más de una o dos personas. Si se abusa de las visitas como suele suceder en pacientes adultos, solteros jóvenes solo se permitirá las visitas de los padres o familiares inmediatos.

D).- ALTA DEL PACIENTE.-

Los procedimientos para dar de alta al paciente va-

rían según el hospital. El procedimiento habitual es sencillo y requiere lo siguiente:

- 1.- Una orden escrita y firmada por el profesional que hizo la internación.
- 2.- Anotar en la planilla de progreso todas las medicaciones e instrucciones que se deben dar al paciente.
- 3.- Hacer en la planilla de progreso una anotación firmada por el profesional que efectuó la internación donde conste que se da de alta al paciente y se le imparten instrucciones especiales, - en caso de que así se requiera, en relación con dieta, líquidos, actividades y cuidados de seguimiento en el consultorio del odontólogo.

Por lo general, al dar de alta se entrega el paciente a una persona responsable, que puede ser un familiar o amigo; quien se encargará de acompañarlo hasta su casa.

E). CARPETA HOSPITALARIA.-

La carpeta hospitalaria del paciente es un documento legal que el hospital protege como importante registro asistencial.

Esta carpeta no se puede retirar del establecimiento ni duplicar de ninguna manera sin autorización firmada del administrador o su reemplazante.

Todos los registros e información asistencial se -- archivan para consulta inmediata en caso de que el paciente sea vuelto a internar en el futuro.

Una vez transcritos todos los informes y colocados en la carpeta hospitalaria del paciente, el departamento de registros médicos informa al odontólogo si hay algúndato incompleto el cual debe completarse y firmarse en un lapso dado, porque de lo contrario se cancelarían los privilegios para hacer internaciones.

Los registros hospitalarios de los pacientes son, - en esencia, iguales en todas las instituciones, pero pue de haber ciertas variantes en cuanto a la manera de es-- tructurar y preparar el registro.

A continuación dare a conocer la papelería que debe contener un expediente clínico completo, desde el -- ingreso del paciente hasta que es dado de alta.

HOSPITALES UNIVERSITARIOS

REGISTRO
DE ANESTESIA Y RECUPERACION

NUMERO DE AFILIACION - SEXO - EDAD - NOMBRE

UNIDAD

Fecha:

Cama:

		15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30					
AGEN- TES																				
A TEMP.	240																			
V A T.A.	220																			
PULSO	200																			
Q. R	180																			
1. LLEG. QUIR	160																			
2. I. ANEST.	140																			
3. I. OPER.	120																			
4. T. OPER.	100																			
5. T. ANEST.	80																			
6. P. REC.	60																			
V E A C	40																			
	20																			
TIEMPOS 1 A 6 →																				
DIAGNOSTICO	PREOPERATORIO:							DURACION DE LA ANESTESIA:												
	OPERATORIO:							OBSERVACIONES:												
OPERACION	PROPUESTA:																			
	REALIZADA:																			
MEDICAMENTOS	DOSIS Y VIA	METODO Y TECNICA ANESTESICA																		
A		INDUCCION: I.V. ___ I.M. ___ INHALACION ___																		
B		MASCARILLA SI ___ NO ___																		
C		CANULA FARINGEA: NAS ___ OPAL ___																		
D		TUBO ___ NAS ___ ORAL ___																		
E		ENDOTRAQUEAL CALIBRE																		
F		GLOBO INFLABLE ___ EMPAQUE ___																		
G		COMPLICACIONES: SI ___ NO ___							CASOS OBSTETRICOS											
H		SANGRE Y SOLUCIONES							EXPULSION DE LA PLACENTA: ESPONTANEA ___ MANUAL ___											
I		RECIENTE NACIDO																		
J									SEXO		HORA DE NACIMIENTO									
K									PESO		Apgar		1. MIN.		5 MIN.		10 MIN			
L									TALLA											
M		TOTAL							ESTADO GENERAL AL SALIR DEL QUIROFANO: Apgar											
ANESTESIOLOGO							CLAVE							CIRUJANO						
RIESGO ANESTESICO-QUIRURGICO (R.A.Q.)		MEDICACION PREANESTESICA		ANESTESICOS			TERAPIA		COMPLICACIONES		POSICION		EDAD		SEXO					

REGISTRO DE ANESTESIA Y RECUPERACION

VALORACION PREANESTESICA

EDAD	SEXO	ESTATURA	PESO	T.A.	P	R	T	TEGUMENTOS	Hb.	Hto.	Rh	G SANGUINEO	T PROT		
ANTECEDENTES ANESTESICOS		ALERGIA		DENTADURA		CUELLO		ESTADO PSIQUICO		OTROS					
APARATO RESPIRATORIO															
APARATO CARDIOVASCULAR															
ORINA		DENSIDAD	ALBUMINA	CILINDRIOS	HEMATURIA	BILIRUBINA	GLUCOSA	ACETONA							
QUIMICA SANGUINEA		UREA	CREATININA	GLUCOSA	ALBUMINA	GLOBULINA	PO ₂	PCO ₂	SAT%	Hb	pH	K	Cl	Na	
MEDICAMENTOS PREVIOS															
HISTORIA OBSTETRICA															
R. A. Q.	E U	1	A B	E U	2	A B	E U	3	A B	E U	4	A B	E U	5	A B

COMPLICACIONES TRANSANESTESICAS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

COMPLICACIONES POSTANESTESICAS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

VALORACION DE LA RECUPERACION ANESTESICA		QUIFOTANO	SALA DE RECUPERACION				
		AL SALIR	0 min.	30 min.	60 min.	90 min.	120 min.
ACTIVIDAD MUSCULAR	Movimientos voluntarios (4 extremidades) .. = 2						
	Movimientos voluntarios (2 extremidades) .. = 1						
	Completamente inmóvil .. = 0						
RESPIRACION	Respiraciones amplias y capaz de toser = 2						
	Respiraciones limitadas y tos débil = 1						
	Apnea .. = 0 (Frecuencia = F)						
CIRCULACION	Tensión Arterial: 20% de cifras control = 2						
	Tensión Arterial: 20-50% de cifras control = 1						
	Tensión Arterial: 50% de cifras control = 0 (Frecuencia del pulso = PI y Tensión Arterial = TA)						
ESTADO DE CONCIENCIA	Completamente despierto .. = 2						
	Responde al ser llamado .. = 1						
	No responde .. = 0						
COLORACION	Mucosas sanrosadas .. = 2						
	Pálido .. = 1						
	Cianosis .. = 0						
ALTA A SU PISO							
MEDICO RESPONSABLE:		TOTAL					

Uginal

HOSPITAL DR ANGEL LEAÑO

FOLIO

FORMA DE ADMISION

REGISTRO	CLASIFICACION	INGRESO	REINGRESO	CUARTO-CAMA	CUOTA
APELLIDO PATERNO		MATERNO	NOMBRE	FECHA INGRESO	HORA
DIRECCION		CIUDAD	ESTADO	TELEFONO	
FECHA DE NACIMIENTO			LUGAR DE NACIMIENTO		
SEXO	ESTADO CIVIL	EDAD	RELIGION	NACIONALIDAD	
LUGAR DONDE TRABAJA		DIRECCION	TELEFONO	OCUPACION	
CASO MEDICO <input type="checkbox"/>	QUIRURGICO <input type="checkbox"/>	OBSTETRICO <input type="checkbox"/>	ACCIDENTE <input type="checkbox"/>	TRAFICO <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>
DR. DE CABECERA		DIAGNOSTICO AL EMPEZAR			
PARIENTE MAS CERCANO		PARENTESCO	DIRECCION	TELEFONO	
PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA		DIRECCION	TELEFONO		
OCUPACION DEL RESPONSABLE DE LA CUENTA		DIRECCION	TELEFONO		
FECHA DE SU ULTIMA ADMISION		DIRECCION ANTERIOR			
Anticipos					
Observaciones					
Fecha de Alta					
Departamento de Admisión Enterado del Egreso: Fecha					
CONDICIONES EN QUE FUE ADMITIDO EL PACIENTE		CAMINANDO <input type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>		
		SILLA DE RUEDAS <input type="checkbox"/>	EN CAMILLA <input type="checkbox"/>		
		CONSCIENTE <input type="checkbox"/>	EMERGENCIA <input type="checkbox"/>		

INGRESO REGISTRADO POR:

FIRMA

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO Y/O QUIRURGICO

El (La) Suscritor(a)
 Paciente del Hospital Dr. Angel Leño, Autoriza al Dr.
 y a sus colaboradores para que prescriba y lleven a cabo el tra-
 tamiento Médico y/o Quirúrgico que se requiera en la atención de mi persona, y específicamente
 Autorizo al Dr.
 para que practique en mi persona la siguiente operación quirúrgica.
 .Igualmente Autorizo a la Administración de Medicamentos y
 Anestésicos necesarios para mi tratamiento.

Fecha	Firma

NOTA: En caso de que el paciente esté incapacitado para firmar, el pariente más cercano y/o su representante legal podrán autorizar la atención médica.

HOSPITAL DR. ANGEL LEÑO

ADMINISTRACION

OPERAQUIRURGICA

ADMINISTRACION

OPERAQUIRURGICA

ADMINISTRACION

Por medio del presente me hago responsable de los gastos de Hospitalización de

Cuarto-Cama No.

Cuota \$

Firma

FIRMA

ADRESA MEDICADA POR

ESTADO DE APARATOS Y SISTEMAS

APARATO DIGESTIVO:

Dolor. Dispepsia. Anorexia. Náuseas y vómitos. Hematemesis. Alt. del tránsito intestinal. Caracteres de las evacuaciones. Ictericia. Prurito. Otros síntomas.

CARENCIAS NUTRITIVAS:

Trastornos oculares. Bucales. Cutáneos. Mucosos. Nerviosos y Mentales. Digestivas. Generales. Otros.

DIABETES:

Antigüedad. Síntomas. Evolución. Trastornos visuales. Dentarios. Nutrición (peso). Vasculares. Renales. Acetonemia. Infecciones. Tratamiento (dieta, Insulina). Hipoglicemia.

CIRCULATORIO:

Disnea. Dolor. Palpitaciones. Edema. Fenómenos Vasculares. Periféricos. Otros.

RESPIRATORIO:

Tos. Disfonía. Expectorcación. Dolor. Hemoptisis. Cianosis. Disnea. Otros.

SISTEMA HEMÁTICO Y LINFÁTICO:

Manifestaciones de Anemia. Signos de hemólisis. Tendencia hemorrágica. Menor resistencia a las Infecciones. Adenopatías. Esplenomegalia.

URINARIO:

Diuresis en 24 horas. Hematuria. Caracteres de la micción. Caracteres de la orina. Dolor.

GENTAL:

Reglas. Metrorragias. Leucorrea. Menopausia. Perturbaciones sexuales.

ENDOCRINO:

Perturbaciones somáticas. Alteraciones sexuales. Trastornos oculares y de la visión. Piel. Mucosa. Faneras. Otros.

NERVIOS:

Parálisis. Paresias. Atrofias. Alteraciones de la sensibilidad. Cefalca. Temblor. Aparatos sensoriales. Otros.

ESTADO PSICOSOMÁTICO:

Personalidad psíquica. Sueño. Excitabilidad. Depresión. Ansiedad. Memoria.

SINTOMAS GENERALES:

Fiebre. Diaforesis. Astenia. Peso.

EXAMENES PREVIOS (Laboratorio y Gabinete) _____

DIAGNOSTICOS ANTERIORES _____

TERAPEUTICA EMPLEADA _____

EXPLORACION FISICA

PESO ACTUAL _____ K.P. ANT. (1 año) _____ K. P. MAX _____ K.P. ID _____ K.

Est. _____ Cms., Pulso _____ TEMP. _____ RES. _____ P. A. Mx _____ Mn. _____

BIOTIPO _____ INSPECCION GENERAL _____

PIEL _____

CABEZA:

Cráneo (Forma y volumen) Pelo. Cara. _____
Ictericia. Ojos. Conjuntivas. Pupilas. Cór- _____
nea. Reflejos. Fondo de ojo. Oídos. Nariz. _____
Boca. Encías. Dientes. Lengua. Faringe. _____
Amígdalas. Otros. _____

CUELLO:

Vasos. Ganglios. Tiroides. Otros datos. _____

TORAX:

Forma y Volumen. Glándulas Mamarias. _____
REGION PRECORDIAL. a) Inspección. _____
b) Palpación. c) Percusión. d) Auscultación. _____
RESPIRATORIO. a) Inspección. _____
b) Palpitación. c) Percusión. d) Auscultación. _____
Otros datos. _____

COLUMNA VERTEBRAL:

ABDOMEN:

Forma y volumen. Pared. Cicatriz umbilical. Hígado. Bazo. Colon. Otros órganos. Dolor a la presión. Tumores. Ascitis. Circulación colateral. Orificios inguinal y femoral. Genitales. Distribución del vello. Tacto rectal. Tacto vaginal. Otros datos. _____

APARATO GENITO URINARIO: _____

EXTREMIDADES: _____
Articulaciones. Esqueleto. Otros datos. _____

SISTEMA NERVIOSO: _____
Reflejos: Rotuliano. Aquileano Plantar. _____
Otros datos. _____

SISTEMA LINFATICO: _____
Ganglios. Otros datos. _____

EXPLORACIONES ESPECIALES. _____

OTRAS. _____

IMPRESION DIAGNOSTICA. _____

TERAPEUTICA, DIETETICA Y MEDICA. _____

MENTOSA. _____

EXAMENES DE LABORATORIO Y PRUEBAS BIOLÓGICAS. _____

RESUMEN. _____

Firma del Médico.

A-1b ORDENES PREOPERATORIAS

FECHA

80

NOMBRE

DOMICILIO

EDAD

SEXO

Coloque la Hoja del Día Encima de A-la Misma Fecha.

PERMISO PARA OPERACION

Escrito O

Telegrama O

Teléfono O

Dado por:

Recibido por:

Fecha:

PREPARACION DEL AREA

ESQUEMA:

OTRAS ORDENES PREOPERATORIAS

Dr.:

Firma

Fecha

ORDENES DE PREANESTESIA

A-1d GRAFICA DE TEMPERATURA

FECHA

81

NOMBRE

DOMICILIO

EDAD

SEXO

Colóquese debajo de A-1a de las Mismas Fechas

Fecha	Horas	Horas	Horas	Horas	Horas	Horas
(Día hospital seguido de día post-operatorio en parentesis)						
Frecuencia Respiratoria (Línea Interrumpida. Conectada en puntos)						
Frecuencia de Pulso (Rectal : X) (Ventricular (X))						
Temperatura (Oral : O) (Rectal : ●)						

Talla: Cms.

Ingresos
 Líquidos Via Oral
 Sol. Glucosada I-V.
 Sol. Salina-I.V.

Egresos
 Por Piel y Pulmones
 Orina
 Vómitos y
 Succión Gast.
 Exudados y Ascitis
 Heridas/Drenaje Biliar

Número de Evacuaciones

NOTAS
 LABORA
 RAYOS X
 INTER
 EXAMINES
 TERAPIA
 PATOLOGIA
 DIAGNOSTICO

A-1c ORDENES DE MANEJO
(Pediatria)

FECHA

82

NOMBRE

DOMICILIO

EDAD

SEXO

Colóquese debajo de la A-1a de las mismas fechas

Fecha y Hora	ORDENES DE MANEJO	Fecha y Hora	NOTAS DE ENFERMERA	
				A
				B
				C
				D
				E
				F
				G
				H
				I
				J
				K
				L
				M
				N
				O
				P
				Q
				R
				S
				T
				U
				V
				W
				X
				Y
				Z

NOTAS CLINICAS
LABORATORIO
RAYOS X
INTERCONSULTA
EXAMENES ESPECIALES
TERAPIA
PATOLOGIA
DIAGNOSTICO

(Continúa al reverso)

A-II HOJA DE TEMPERATURA Y NUTRICION
(Niños Menores de 1 año)

FECHA

83

NOMBRE

DOMICILIO

EDAD

SEXO

Colóquese debajo de A-1a y A-1e de las mismas fechas

FECHA													
°C													
41													
40.5													
40													
39.5													
39													
38.5													
38													
37.5													
37													
36.5													
36													
35.5													
	Hora	Ingerido	Vomitado	Ingerido	Vomitado	Ingerido	Vomitado	Ingerido	Vomitado	Ingerido	Vomitado	Ingerido	Vomitado
A.M.													
Fórmula													
P.M.													
Líquidos orales													
Líquidos IV													
Total													
Orina													
Vómitos													
Succión Gastrica													
Total													
Estatura	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	
Heces Fecales													

A II
B
 NOTAS CLÍNICAS
C
 LARGA TENDU
D
 RAYOS "X"
E
 ENTREVISTA CONSULTA
F
 EXÁMENES ESPECIALES
G
 TERAPIA
H
 PATOLOGÍA
I
 DIAGNÓSTICO

B-1a. HOJA DE INGRESO

Colóquese Debajo de Ingresos Previos

NOTAS CLINICAS

Fecha y firme cada ingreso. Anteponga a la firma: I (Interno), R (Residente), E (Estudiante), DR. (Médico Adscrito).

Admitido (en círculo) Caminando Silla de Ruedas Camilla Fecha Hora

Dr. Notificado a las: Horas Enfermera:

Talla: Peso:

LABORATORIO
RAYOS X
INTERCONSULTA
EXAMENES
FSP
TERAPIA
PATOLOGIA
DIAGNOSTICO

(Continúa al Reverso)

B-1b NOTAS CLINICAS

FECHA

86

NOMBRE

DOMICILIO

EDAD

SEXO

Coloque la Hoja más Reciente al Fondo

Fecha y Firme Cada Nota. Anteponga a la Firma la Letra: E-Estudiante. I-Interno. R-Residente. DR. Médico Adscrito

Blank lined area for clinical notes.

LABORATORIA
RAYOS "X"
EXAMENES
PATOLOGIA
DIAGNOSTICO
INTERCONSULTA
TERRAPIA

(Continúa al Reverso)

B-1c HISTORIA CLINICA

NOMBRE

87

DOMICILIO

Colóquese Debajo de la Ultima Hoja B-1a. ó B-1c.

EDAD

SEXO



B
h
c

C
LABORATORIO

D
RAYOS "X"

F
INTERCONSULTA

F
EXAMENES ESP.

C
TERAPIA

I
PATOLOGIA

-
DIAGNOSTICO

B-Id EXPLORACION FISICA

FECHA

NOMBRE

88

DOMICILIO

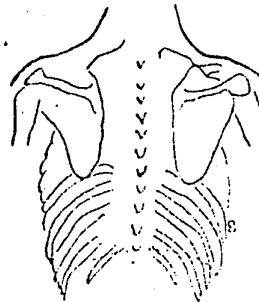
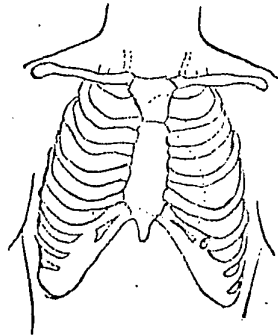
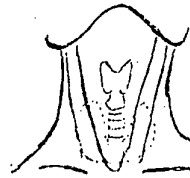
EDAD

SEXO

Colóquese en la Sección B del Ingreso Correspondiente

Cuando sea posible, coloque la marca delante del texto si se ha examinado y encontrado normal)

TALLA	PESO	TEMPERATURA	ASPECTO GENERAL
NUTRICION	ESTADO DE ANIMO	NIVEL DE CONCIENCIA	INTELIGENCIA
PELO	PIEL		
CABEZA	Movimientos oculares		
Pupilas: forma y tamaño			
Reacción a la luz y de acomodación			
Fondo de ojo.	Vasos	Papilas	
Retinas			
Oídos			
Nariz			
Boca	Dientes	Lengua	
Mucosa Amígdalas			
Nervios craneales			
CUELLO	Movilidad		
Tráquea			
Tiroides			
Ganglios			
MAMAS			
TORAX	Forma		
Volumen			
Expansión			
Percusión			
Auscultación			
COLUMNA VERTEBRAL			
CORAZON Y VASOS.	Area cardíaca		
T. A.			
RITMO			
Perfil			
Derecho Izquierdo			
Ruidos cardíacos			
Soplos			
Frotes			
Yugulares			
Reflujo Hepato yugular			



LABORATORIO DE EXAMENES FISICOS Y CLINICOS

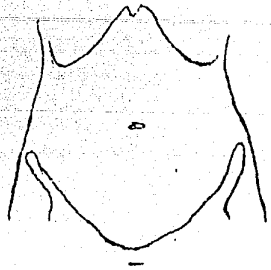
Forma Cicatrices

Hernias Masas

Dozor Red venosa

Ascitis

Pulso Aórtico y Femoral



EXTREMIDADES

Uñas Fuerza

Atrofia Movilidad

Articulaciones

ARTERIAS

Paredes Trombos

Pulsaciones Temporales

Carótidas Humerales

Radiales Cubitales

Femorales Poplíteas

Pedias Tibial Post.

VENAS

Várices Colaterales

REFLEJOS

Bicip. Tricip. Radial Rotuliano Aquileo

Abdominales Cremasterianos Plantares

Dolor Temp. Tacto Vibratoria Posicional

Esterognosia Kernig Rigidez de nuca

GENITALES

RECTO Próstata

PELVIS

LINFATICOS

Cervicales Axilares

Epitocleares Inguinal

PROBLEMAS DIAGNOSTICOS:

Multiple horizontal lines provided for writing diagnostic problems.

B-19 RESUMEN DE ALTA

Fecha de Ingreso

Fecha de Alta:

FECHA

90

Servicio

NOMBRE

Médico Resp.

Residente

DOMICILIO

EDAD

SEXO

DIAGNOSTICO PRINCIPAL (Enfermedad o padecimientos que motivó la hospitalización)

OTROS DIAGNOSTICOS:

(1)

(2)

(3)

(4)

(Unicamente para tumores malignos).

Primer consulta médica. Fecha: Naturaleza:

Primer síntoma. Fecha: Dr.

Cualquier terapéutica previa. Fecha: Naturaleza:

Hallazgos físicos de ingreso (locales):

Metástasis y/o extensión:

OPERACIONES O PROCEDIMIENTOS (en este ingreso):

(1) Fecha Cirujano Anestesiólogo

(2) Fecha Cirujano Anestesiólogo

(3) Fecha Cirujano Anestesiólogo

COMPLICACIONES QUIRURGICAS:

(1) Fecha

(2) Fecha

RADIOTERAPIA (Cualquier tipo)

Fecha

TRATAMIENTO MEDICO:

COMPLICACIONES POSTOPERATORIOS O POST TRATAMIENTO:

(1) Fecha:

(2) Fecha:

(3) Fecha:

MOTIVOS PARA REINGRESO:

INSTRUCCIONES AL DARSE DE ALTA:

CAUSA DE LA MUERTE: Probada: (subraye) Clínica Biopsia: Autopsia

Directa Coadyuvantes

Nombre: Firma:

HOSPITALES Y CLINICAS DE LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

19

C

LABORA
TORIO

D

RAYOS
X

F

INTER
CONSULTA

F

EXAMENES
EST.

G

TERAPIA

T

PATOLOGIA

I

DIAGNOSTICO

B-20 PERMISO DE SALIDA

FECHA

91

NOMBRE

DOMICILIO

Colóquese Debajo de Otros Permisos en la Misma Admisión

EDAD

SEXO

TRANSITORIO:

Solicito permiso para salir del Hospital Universitario por un periodo de Hs. en el entendimiento de que el Hospital ni su personal son responsables de cualquier lesión que me pueda ocurrir mientras esté fuera del mismo. Además, libero al Hospital de cualquier responsabilidad sobre mi conducta o proceder.

(Firma del Paciente, Familiar o Tutor)

(Fecha)

Este permiso temporal no perjudicará al paciente y no interferirá con el tratamiento hospitalario del mismo.

Dr.

(Firma)

(Fecha)

(Use el reverso de la hoja si hay más de un permiso durante esta admisión)

DEFINITIVA (Alta voluntaria o por solicitud familiar).

Los riesgos y peligros que implica el hecho de abandonar el Hospital contra las disposiciones de los médicos me han sido explicados claramente por el médico a mi cargo. A pesar de tales advertencias, solicito mi salida y por medio de la presente libero al Hospital Universitario y su personal médico de cualquier responsabilidad.

(Firma del paciente)

(Fecha)

(Domicilio)

Yo, el

_____ de

(Parentesco)

(Nombre del paciente)

solicito que se le dé de alta del Hospital Universitario, a pesar de las advertencias de los médicos. Me han explicado perfectamente los daños que pueden ocurrir a mi familiar. Asumo concientemente, toda la responsabilidad al respecto.

(Firma del familiar)

(Fecha)

(Domicilio)

(Testigo)

(Fecha)

(Domicilio)

(Testigo)

(Fecha)

(Domicilio)

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

W

X

Y

Z

LABORA

RAYOS "X"

INTEL

EXAMINES

TERAPIA

PATOLOGIA

DIAGNOSTICO

B-21 REPORTE PARA EL MEDICO QUE
REFIERE AL PACIENTE

FECHA

93

NOMBRE

DOMICILIO

Colóquese Debajo de los Otros Números

EDAD

SEXO

Fecha

Para el Dr.

Estimado Dr.:

Su paciente

con registro No.

fue visto en la consulta externa

fue admitido en el Hospital Universitario

el día

siendo dado de alta el día

del servicio de

Diagnóstico principal

Tratamiento hospitalario

Recomendando continúe bajo tratamiento con

Para ser visto nuevamente

Observaciones adicionales

Si Ud. lo solicita se le puede enviar un reporte más completo.

Dr.

Firma

B
21
LABORA-
TORIO
D
RAYOS "X"
E
INTER-
CONSULTA
T
EXAMENES
ESP.
G
TERAPIA
H
PATOLOGIA
DIAGNOSTICO

C-1 RESULTADOS DE LABORATORIO

FECHA

97

NOMBRE

DOMICILIO

EDAD

SEXO

9º reporte

8º reporte

7º reporte

6º reporte

5º reporte

4º reporte

3er. reporte

2º reporte

1er. reporte

G-2 PERMISO PARA PROCEDIMIENTOS U OPERACIONES

FECHA

98

NOMBRE

DOMICILIO

EDAD

SEXO

Coloque debajo de las Hojas G-2 de la misma fecha

FOR LA PRESENTE AUTORIZO A LOS MEDICOS DEL HOSPITAL UNIVRSITARIO

Para practicar en _____ In la siguiente
(Nombre del paciente)

Operación o procedimiento _____

y para administrar el anestésico o anestésicos que el anestesiólogo crea conveniente.

En caso de que la evolución indique la necesidad de otros procedimientos, autorizo a los médicos para usar sus conocimientos y hacer lo que juzguen conveniente durante dicha operación o procedimiento en beneficio del paciente.

La naturaleza de la operación o procedimiento anteriormente dicha me fue explicada

por el Dr. _____ el _____ (Fecha) habiéndolo entendido

Firma _____ Fecha _____

Parentesco con el paciente _____

Firma del Médico que obtiene este consentimiento.

Dr. _____ (Fecha)

PERMISO POR LLAMADA TELEFONICA

Médico que hace la llamada. Dr. _____

Persona a la cual se llama: _____

Parentesco con el paciente _____

Permiso correspondiente a la operación de:

Nombre del paciente _____ Edad _____

Domicilio _____ Categoría _____

Operación o procedimiento por practicar: _____

Permiso dado _____ (si o no) Hora _____ Fecha _____

Comentarios: _____

Testigo: _____

G
2d
H
PATOLOGIA
DIAGNOSTICO

G-2a. REPORTE QUIRURGICO

FECHA

99

NOMBRE

DIRECCION

Coloque la hoja más reciente en elma

EDAD

SEXO

Nombre del Paciente:

Servicio

Reg.

Fecha

Cirujano:

Ayudantes:

Anestesiólogo:

Agentes Anestésicos:

Enfermera Instrumentista:

Circulante:

Diagnóstico Clínico:

Operación:

Diagnóstico post-operatorio:

Preparación:

Descripción de la operación:

(Continúa al reverso)

INFORMACION - ESTADISTICA

G-2c ESCALA ALDRETE DE RECUPERACION POSTANESTESICA

Coloque la hoja más reciente al fondo.

Fecha _____
 Nombre _____
 Dirección _____
 Edad _____
 Sexo _____

SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y RECUPERACION.-

Riesgo preanestésico..... Hora de llegada a la sala de recuperación..... Diagnóstico preoperatorio.....
 Operación realizada..... Técnica anestésica.....
 Agentes anestésicos..... Relajantes musculares..... Intubación.....
 Duración de la anestesia..... Horas..... Minutos..... Anestesiólogo.....

<u>CRITERIO</u>	<u>AL LLEGAR A S.R.</u>	<u>UNA HORA.</u>	<u>DOS HORAS.</u>	<u>TRES HORAS.</u>
<u>ACTIVIDAD MUSCULAR.-</u> Movimientos voluntarios al ordenárselo (4 extremidades)..... = 2 " " " " (2 " ")..... = 1 Completamente inmóvil..... = 0				
<u>RESPIRACION.-</u> Respiraciones amplias y capaz de toser..... = 2 Respiraciones limitadas y/o disnea..... = 1 Apnea o falta de respiración espontánea..... = 0				
<u>CIRCULACION.-</u> Presión Arterial + - 20% del nivel preanestésico..... = 2 " " + - 20 - 50% del nivel preanestésico..... = 1 " " + - 50% del nivel preanestésico..... = 0				
<u>ESTADO DE CONCIENCIA.-</u> Completamente despierto y capaz de contestar..... = 2 Responde o despierta al ser llamado..... = 1 No responde a un estímulo auditivo..... = 0				
<u>COLOR.-</u> Mucosas Sonrosadas..... = 2 Pálido, Ictérico..... = 1 Cianótico..... = 0				

TOTAL

II-1 SOLICITUD DE PATOLOGIA QUIRURGICA

FECHA

101

NOMBRE

REGISTRO No.

SERVICIO

EDAD

SEXO

Coloque la hoja más reciente encima

MEDICO RESPONSABLE DEL PACIENTE (Letra de molde)

SALA:

NO ESCRIBIR EN ESTE ESPACIO

CAMA:

Dr. _____

Tejido Remitido: _____

Sitio y aspecto de la lesión _____

COPIA DEL REPORTE A:

DATOS CLINICOS Y HALLAZGOS OPERATORIOS.

DIAGNOSTICO CLINICO: _____

REPORTE DE PATOLOGIA QUIRURGICA DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Fecha en que se recibió _____ Fecha en que se reportó _____ Diagnóstico del corte por congelación y patólogo _____

DIAGNOSTICO

CONCLUSIONES.

Dentro de la gran gama que encierra la odontología es necesario el conocimiento exacto de los diferentes tipos de manejo de un paciente pre y posoperatorio.

Las diferentes instituciones hospitalarias cuentan con un sistema definido de ingresos de sus pacientes, - cabe mencionar que no todas las instituciones llevan -- un sistema igual aunque todas tienen el mismo fin.

En esta tesis damos a conocer a nuestros colegas - una sistematización de los diferentes manejos, las diferentes atribuciones de cada persona del ambiente - - hospitalario y sobre todo lo más importante que es el - manejo hospitalario antes y después de intervenir un paciente ya sea a nivel odontológico general hasta un manejo a nivel maxilofacial.

Concluiré diciendo que la realización de esta tesis es con el fin de dar a conocer una sistematización sencilla, la cual puede ampliar un poco más la actitud del odontólogo general en caso de intervenir a un paciente a nivel hospitalario.

B I B L I O G R A F I A .

- 1.- ALOMIA BARTRA HAROLD.
Guía para desarrollo y práctica de habilidades clínicas.
Primer nivel pre-clínico.
Editorial U.A.G.
Segunda Edición 1980

- 2.- ALOMIA BARTRA HAROLD.
Guía para desarrollo y práctica de habilidades clínicas.
Volúmen 3
Editorial U.A.G.
Segunda Edición 1983

- 3.- COSTICH EMMETT R.
Cirugía Bucal
Editorial Interamericana
Segunda Edición 1979

- 4.- DUNN - BOOTH - CLANCY
Farmacología, Analgesia, Técnicas de esterilización y cirugía bucal en la práctica dental.
Editorial "EL Manual Moderno" S.A.
Primera Edición 1980

- 5.- FINN SIDNEY B.
Odontología Pediátrica.
Editorial Interamericana
Cuarta Edición 1982

6. - GUYTON ARTHUR C.
Tratado de Fisiología Médica
Editorial Interamericana
Quinta Edición 1980
7. - HARRY ARCHER WILLIAM
Cirugía Bucal
Editorial Mundi S.A.C.I.F.
Segunda Edición
Tomo I
8. - HARRISON
Medicina Interna
Editorial Fournier, S.A.
México 1980
9. - KERR DONALD A.
Diagnóstico Bucal
Editorial Mundi S.A., I.C.F.
Quinta Edición 1979
10. - KRUGER GUSTAVO O
Tratado de Cirugía Bucal
Editorial Interamericana
Cuarta Edición 1979
11. - McCARTHY FRANK M.
Emergencias en Odontología.
Editorial "El Ateneo",
Tercera Edición 1981

- 12.- MORGAN - ENGEL.
Propedeútica Médica
Editorial Interamericana
Tercera Edición 1979

- 13.- RIES CENTENO G.A.
Cirugía Bucal
Editorial "El Ateneo"
Octava Edición 1980

- 14.- WAITE DANIEL E.
Cirugía Bucal Práctica
Editorial Continental.
Segunda Edición 1980.

PAPELERIA DEL H. A. L.

PAPELERIA DEL H. R. G.